

産婦人科

主訴・症状から考える 診断コンパクトガイド

I) 一般診療でよく出会う、 産婦人科疾患に関係する可能性がある症状

(1) 全身倦怠感

(2) 体重（腹囲）
増加・減少

(3) 頻尿・排尿障害

(4) 悪心・嘔吐

(5) 下腹痛

(6) 腰痛

(7) 排便異常

(8) 発熱

(9) 画像診断の所見
（偶発的に発見された
子宮・卵巣の腫瘍）

II) 婦人科的な主訴

(1) 月経に関連する症状

(2) 月経に関連しない
性器出血

(3) 帯下に関する訴え

(4) 陰部（外陰）に
関する訴え

(5) 性交渉・妊娠に
関する訴え

(6) 更年期障害かも
しれないとの訴え

III) 婦人科一般診療で何がわかるか

(1) 陰鏡診でわかること

(2) 偶然見つかった
子宮・付属器腫大への
対応

(3) 偶然見つかった
腹水への対応

(4) 性器位置異常
（POP）への対応

(5) 外陰病変への対応

(6) 婦人科における
スクリーニング検査

I) 一般診療でよく出会う、 産婦人科疾患に関する可能性がある症状

(1) 全身倦怠感

(A) 悪性腫瘍全般

婦人科悪性腫瘍の主なものは子宮頸がん、子宮体がん、卵巣がんである。

問診：

最も重要なヒントは閉経後の性器出血あるいは、本人が月経とは思っていない出血である。これらがある場合は速やかに産婦人科専門医にコンサルトする。次に腹部膨満、頻尿などの項目に従って鑑別を行う。

理学的所見：

一般の腹部所見で婦人科臓器(卵巣・子宮)が10cm以上に腫大している場合は触知できることが多い。これ以下の腫大は内診・腔直腸診でないと捉えられない。

内診の際は腔鏡をかけて子宮頸部を直視する。子宮頸がんの浸潤がんは肉眼的に判断できる場合が多い。鎖骨下リンパ節、腋下リンパ節や鼠径部リンパ節は必ず触診して腫大がないか確認する。

検査：

一次検査として腹部超音波が有効である。骨盤内臓器の観察には膀胱充満が必要で、これなしに観察は困難である。子宮頸部細胞診を腔鏡下に行うことで子宮頸がんのスクリーニングを行う。ただし、肉眼的にわかる悪性腫瘍は細胞診では壊死細胞のみが目立ち、悪性細胞が見られないことがある。肉眼的な子宮頸がんに対しては組織採取を行う。同様に子宮体がんを疑う場合、子宮内膜細胞診は偽陰性が多いので初回検査には向かない。経腔超音波は経腹超音波に比べて骨盤内臓器の解像度が高いので、閉経後の子宮内膜の肥厚や卵巣腫大の同定に有利である。

(B) 内分泌疾患

問診：

年齢により考える疾患が大きく異なる。閉経前後数年間を更年期とする。また、性成熟期女性では月経周期と症状の関連を問う。月経開始2週間にのみ出現する諸症状は月経前緊張症を鑑別に上げる必要がある。

理学的所見：

外性器、子宮頸管粘液の状況は女性ホルモンの存在を反映する。甲状腺疾患は女性に多いので甲状腺腫大(Goiter)を常に確認する習慣をつける。

検査：

更年期障害に対してホルモン検査(FSHやE2)は無意味である。甲状腺機能低下症や副腎機能不全症は更年期障害と症状が似る。必要に応じてこれらの検査を並行して行う。

(C) 貧血

性成熟期女性に小球性貧血を認めた場合、過多月経によるものが多いことを念頭に問診を行う。

問診：

生理用品が何時間持つか、夜中に寝具を汚してしまうことがないか、凝血塊が親指大(3cm)より大きい
か、などがもっとも簡単な問診。生理用品が3時間以上持つ、夜中に寝具を汚したり目覚めて生理用品を
代えることはない、凝血塊はあっても3cmより小さい、がそろえば過多月経の可能性は低い。

理学的所見：

腹壁から触れるような下腹部腫瘤は10cmを超えている。通常は内診により子宮の大きさや可動性を評
価する。

検査：

子宮腫大を認めたら必ず経腔・経腹超音波で筋腫かどうかを確認する。卵巣がんの約半分は内診所見だ
けでは子宮筋腫と区別がつかない、とされている。

(2) 体重（腹囲）増加・減少

問診：

性成熟期女性には妊娠を念頭においた問診(最終月経など)を行う。妊娠ではなかった場合はあらゆる年
齢層で悪性腫瘍・内分泌疾患など多岐にわたる疾患を想定して問診を行う。婦人科疾患発見のヒントは
月経と異なる/閉経後の性器出血である。

理学的所見：

(1)-(A)を参照

一次検査：

(1)-(A)を参照

(3) 頻尿・排尿障害

検尿にて膀胱炎を疑う所見がない時の鑑別疾患として下腹部腫瘤を疑う〔(A)悪性腫瘍全般に同じ〕。

(4) 悪心・嘔吐

生殖年齢であれば最終月経、妊娠の有無を確認する。

(5) 下腹痛

(A) 急性

問診：

①卵巣腫瘍捻転、②異所性(卵管)妊娠破裂、③卵巣出血、④骨盤腹膜炎が代表的な婦人科疾患であ
る。①は発症時間が明確、②は無月経期間の問診(最終月経が不明、という女性が多い)。悪心・嘔吐、下
痢などの随伴症状が存在することがあり、消化器疾患と似ることがある。また、妊娠初期からの生理的白
血球増多の存在が認められる。③の多くは性交後に発症する。④は白血球増多があるが、体動や性交時

に疼痛が増悪することが特徴。婦人科疾患以外に虫垂炎、尿路結石、小腸・結腸動脈の阻血による虚血性腸炎、大腸憩室炎、などの鑑別が必要である。

検査：

まずバイタルサインの確認を行う。若い女性の場合血圧は最後まで保たれ、脈拍数の増加で循環は代償される。よって、血圧だけで判断せず、ショックインデックス(SI)なども考慮し外科的介入の時期を失しない。経膈超音波による卵巣腫大、ダグラス窩の液体貯留、経腹超音波による虫垂の腫大、尿管の拡張などの所見を検討する。

CTを取る場合は妊娠初期でも必要性が被ばくのリスクを上回る、と医師が確信した場合はよく説明したうえで撮像する。造影CTは妊娠中でも可能。MRIは被ばくのリスクが少なく使いやすいが、妊娠中の造影剤使用は禁忌とされる。

(B) 周期性

- ◆ 月経中に起こるもの(月経困難症)：Ⅱ)-(1)-(D)を参照
- ◆ 月経の中間期に起こるもの：排卵時痛が多い。

(C) 慢性

問診・理学的所見：

子宮内膜症が代表的であるが、悪性腫瘍(子宮頸がん、子宮体がん、卵巣がんなど)の初発症状が骨盤痛であることがある。その他に、反復する骨盤腹膜炎の既往などの癒着、骨盤内うつ血症候群、性器脱、などの婦人科器質的疾患、卵巣手術の既往があれば遺残卵巣症候群、大腸の憩室炎や過敏性大腸、間質性膀胱炎、腹壁に手術瘢痕があれば縫合糸の問題や腹壁の神経・筋肉由来の疼痛、などを問診と理学的所見により鑑別する。

検査：

腹壁由来か内臓由来か、の鑑別にCarnett徴候は有効である。腹腔鏡検査は原因を特定できないことが多く、最初から進めるべきではない、とされる。

(6) 腰痛

- ◆ 帯下、性器出血の確認 → 悪性腫瘍の鑑別
 - ◆ 年齢、産後・授乳期などの確認 → 骨粗鬆症の鑑別
- ※婦人科疾患が腰痛の原因となることは稀。

(7) 排便異常

※婦人科疾患が便秘や下痢の原因となることは稀。

(8) 発熱

婦人科臓器由来の感染の有無をまず検討する。

- ◆ 発熱を伴う下腹部痛の際に骨盤内臓器周辺に限局していれば腹部触診による反跳痛に乏しいことがある。内診(双合診)による圧痛や、子宮動揺痛が参考になる。右下腹部痛が中心である場合、虫垂炎と右付属器炎の鑑別は困難である。虫垂炎は発症前に消化器症状(食思不振、嘔吐、など)がみられることが多い。しかし、腹膜刺激症状が広範にあれば消化器症状は出現する。腔鏡診で、頸管からの帯下が見られることがある。典型的にはクラミジアでは卵白様、淋菌では膿様、と言われるが特異的ではない。骨盤腹膜炎の起因菌は腔内細菌培養の結果と一致しないことが知られている。淋菌が起因菌の骨盤腹膜炎の際は発熱の頻度が高いがクラミジアでは低いことに注意する。
- ◆ 右上腹部痛、呼吸時に疼痛が悪化する、圧痛、などは淋菌やクラミジアによる肝周囲炎(Fits Hugh Curtis症候群)として知られる。
- ◆ 産褥期の発熱の際には、子宮内膜炎(内診による子宮の圧痛、動揺痛)とともに、乳腺炎(乳房の緊満、発赤)を原因として考える。産褥乳腺炎は授乳開始後3カ月までに多く、授乳婦の2～10%に見られる疾患である。冷罨法、乳汁の圧出と抗生物質治療が必要になるが、MRSAが起因菌であることが多いので乳汁の培養を行う。特に乳腺に膿瘍が形成されたときは排膿が必要になる。
- ◆ 明らかな感染源が婦人科臓器にない場合は、全身感染症、悪性腫瘍、自己免疫疾患などを念頭に鑑別診断を行う。甲状腺機能亢進症やそのフリーゼでも発熱するので、発熱患者に甲状腺腫がないかどうかは視診・触診で確認しておく。

(9) 画像診断の所見（偶発的に発見された子宮・卵巣の腫瘍）

(A) 閉経後

- i) それまでに指摘されていた子宮筋腫は治療の対象にならないことが多い。
- ii) 卵巣は常に原因推定が必要(手術の対象になりうる)。

(B) 閉経前

- ◆ 子宮・卵巣ともに治療の対象となりうる。
- ◆ 卵巣の腫瘍は機能性嚢胞の可能性を疑う。

Ⅱ) 婦人科的な主訴

(1) 月経に関連する症状

(A) 多い／長い

問診：

月経の最も多い時に生理用品が3時間持たない、夜中に寝具を汚したり生理用品を変えるために覚醒する、3cmを超えるような凝血塊が出てくることが多い、などが指標である。月経期間の定義は3～8日なので9日を超える月経は長い。

理学的所見：

眼瞼結膜の色調、内診・腔直腸診による器質的疾患の検討を行う。

検査：

特に子宮や付属器の腫大を認めた場合は画像検査(まず経腔超音波)を行う。過多月経による貧血を疑う場合、全検血に加えフェリチンを測定して鉄欠乏状態を評価する。

(B) 来ない／周期が長い

問診：

これまでに月経が来ていた女性が3カ月以上月経が来ない場合を続発性無月経、18歳になっても初経に至らない場合を原発無月経と定義する。続発無月経の最大の原因は妊娠であるので、了解を得て尿中HCG定性検査を行う方がよい。周期に関しては定義では25～38日が正常範囲とされているので39日以上は周期が長い、ということになる。

その月経が排卵を伴うものか、無排卵かは月経開始直前の水分貯留感(むくんだ感じや胸や臀部が張る、といった訴え)があったり、月経開始前14日ごろに左右いずれかの軽い下腹部痛がある、などの訴えがあると排卵があることを示唆している。

理学的所見：

日本人には少ないとされるが、男性化兆候(逆三角形にへそまで至る陰毛、濃い体毛、痤瘡(ニキビ)、など)には注意を払う。

検査：

続発無月経は、FSH(卵胞刺激ホルモン)正常または低値、エストラジオール(E2)正常または低値の中枢性と、FSH高値・E2低値の卵巣性に分かれ、ゲスターゲン(合成プロゲステロン)負荷試験で、消退出血が起こる第一度無月経、ゲスターゲンだけでは消退出血が起こらずエストロゲン+ゲスターゲンの負荷試験で消退出血が起こる第二度無月経、さらにこれでも出血が起こらない子宮性無月経に分類される。

中枢性無月経ではプロラクチン高値による排卵抑制が起こっている高プロラクチン血症、LH(黄体化ホルモン)とアンドロゲン(テストステロンあるいはDHEA)の高値が見られる多嚢胞卵巣症候群(PCOS)による無排卵、視床下部性無排卵による無月経に分類される。PCOSにおけるLH高値、アンドロゲン高値は消退出血直後には見られないことがあるので、採血は定常状態(普段の無月経)で行う。

(C) 頻回に来る

問診：

その頻度(24日以内の周期は頻発月経)、周期性(周期的かバラバラか)、量(いつも同じか、毎回違うか、多いか少ないか【Ⅱ】-(1)-(A)参照)、排卵の症状を伴うか否か【Ⅱ】-(1)-(B)参照】、などを聞く。性成熟期以降の女性では悪性腫瘍による間歇的出血をこのように表現することがある。また、初経直後には性周期が一定しないことがあるので、年齢により対応を変える。

理学的所見：

性成熟期以降の女性では悪性腫瘍を念頭に置いた診察を行う。

画像検査：

経腔超音波が第一選択である。性交経験のない女性には経腹超音波(膀胱充満法)や経直腸法も考慮する。

★注意点

内分泌学的評価では、排卵の有無(次回月経予定日2週間以内の血中プロゲステロン値)や、卵巢予備能の評価(月経第5日以内のFSH、あるいは私費検査になるがAMH(抗ミュラー管ホルモン))は、挙児希望のある女性には重要。予備能が低い場合は生殖医療専門医に相談する。

(D) 痛い

問診：

痛みの程度、服薬歴と服薬方法(我慢できなくなったらよくNSAIDsを内服する、薬理作用を考えてNSAIDsを痛くなる前から服用するだけで改善することがある、など)、痛みの推移(初経直後からか、年々悪くなっているか、など)、月経時以外の疼痛、行為(性交、排便、運動など)に伴う疼痛、いわゆる骨盤痛(下腹痛)か、それ以外の部位(外陰部、鼠蹊部、腹壁、手術瘢痕、など)か。

理学的所見：

月経中であれば子宮、付属器周囲の疼痛、あるいは疼痛を訴える場所の腫脹(希少部位子宮内膜症の存在)を観察する。腹壁由来か内臓由来かの鑑別にCarnetサインは有効なことがある。経直腸診は子宮周囲の癒着や子宮内膜症などの病変の推定に有効である。初経直後から強い痛みを訴えることは稀であり、このような時は性器奇形も念頭に置く。

画像検査：

経腔超音波が基本で、器質的疾患(子宮筋腫・子宮腺筋症など)の描出には優れるが、チョコレート嚢胞以外の子宮内膜症病変は描出されないことが多い。MRIも同様である。

★注意点

疼痛に関しては慎重な問診と理学的所見の取得が優先される。子宮内膜症の診断にはCA125は特異性が低く、診断に血中バイオマーカーを使用すべきではない(ESHRE guideline: endometriosis Hum Reprod2022)。問診、理学的所見から疑われるが、画像で映らず、経験的薬物療法が無効な場合、腹腔鏡検査による病理診断を試みる場合がある。

(E) 気分変調(気持ちが沈む、イライラするなど)

問診：

月経のどの時期で気分変調が来るのかを聴取する。月経周期と共に日記の形で書いてもらうことが最も有効とされる。月経前症候群(premenstrual syndrome:PMS)、月経前気分不快感障害(premenstrual dysphoric disorder:PMDD)など、産婦人科領域で重要な病態においては3周期以上にわたり抑うつ、

怒りの爆発、苛立ち、不安、混乱、社会からの引きこもり、などの精神症状が黄体期に始まり月経開始後4日以内に減弱・消失することが重要である。PMDDはより精神症状が強く多彩なものを言う。既往歴にパニック障害やうつ病、持続性抑うつ障害、パーソナリティ障害などでの受診歴がないかを確認する。

理学的所見：

症状は多彩なのでそれに対応した所見をとる。気分変調に対して前述の精神疾患の月経前増悪と区別がつきにくいことがある。一般的には月経の開始と共に症状が軽減・消失することが最も大きな鑑別のポイントである。

★注意点：

臨床検査として、ホルモン値にPMSやPMDDに特徴的なものはない。基礎体温は症状と比較することができ、排卵の有無がわかる利点があるが、診断に必須ではない。PMSは過去3回の月経周期において、月経前5日間に身体的症状(乳房に関する症状)あるいは情緒的症状が少なくとも一つ以上存在すること、が必要である。

(F) 乳房に関する症状（緊満感、痛みなど）

問診：

乳房痛、乳房緊満感が、腹部膨満感、頭痛、手足のむくみなどの症状と共に、または独立して黄体期に出現し、月経開始後4日以内に解消する、13日目まで再発しない、などの症状があれば、気分変調と併せてPMSを疑う。

理学的所見：

乳房痛、乳房緊満感が持続する場合には乳房の視診、触診を行う。視診では皮膚の発赤、形の左右差、皮膚のくぼみなどに注意し、触診では腫瘤の存在やその性状、左右差があるか、乳頭からの分泌物がないかなどを記載する。

検査：

乳がんの発見に関しては医師の視触診と自己による視触診でその発見率に差がないことが知られており、マンモグラフィーや乳房超音波といった検査が必要である。

(2) 月経に関連しない性器出血

(A) 異常性器出血（AUB）

問診：

これまで、月経がある年代の女性における月経の量、期間、周期の異常に関して様々な用語が使われ、混乱してきた。そこで、これらを異常性器出血(abnormal uterine bleeding: AUB)と総称し、原因疾患別の分類を行うことが提唱された。そのためにはまず正常の月経について評価できなければならない。

月経周期は24～38日、周期のずれは18～25歳では9日以下、26～41歳では7日以下、42～45歳では9日以下、とされる。持続は8日以内、出血量は20～140ml(日産婦)が正常である。しかし月経量を測ることは難しいため、量については「日常生活で困るほど量が多い」としているものもある。具体的には、以下のような状況が過多月経の簡単な評価法となる。

- 生理用品(ナプキン・タンポン)を1～2時間で代えないといけない。あるいは不安で夜用の大きなナプキンを1日中使う、あるいはナプキンとタンポンを同時に使っている。
- 夜に目を覚まして交換しなければならない、あるいは寝具を経血で汚すことがある。

- 親指大の凝血塊が排出される。
- 月経が8日以上続く。

理学的所見：

腔鏡診で、子宮頸部に突出したポリープ(AUB-P^{*1})や肉眼的にわかる子宮頸がん(overt cervical cancer; AUB-M^{*2})の診断が可能である。内診により、子宮筋腫(AUB-L^{*3})、子宮腺筋症(AUB-A^{*4})など子宮の腫大を伴う疾患を推測する。

臨床検査：

子宮頸部擦過細胞診は重要で、異常に容易に出血するようであればその結果に関わらずコルポスコプや生検を考慮すべきである。子宮頸部に異常がない場合は超音波により特に子宮内腔に注目してAUB-PやAUB-M(悪性疾患由来の出血、確定には子宮内膜生検が必要)などの推測を行う。また、子宮腫大がある場合は子宮と一塊となっている卵巣がんとの鑑別が難しいことがあるので超音波による確認は必要である。

少なくとも全検血により血小板の異常などによる凝固系の異常(AUB-C^{*5})、基礎体温測定による卵巣機能不全から起こる出血(AUB-O^{*6})の診断、子宮内膜生検による子宮内炎などの異常(AUB-E^{*7})の検討も必要である。薬剤服用歴の聴取によるAUB-I^{*8}(医原性の出血)や原因不明(AUB-N^{*9})も含めてこれらをPALM-COIN分類として系統的に検討する。

また、鉄欠乏性貧血の指標として全検血によるヘモグロビン低値、MCV低値よりもフェリチン低値の方が鋭敏に鉄欠乏状態を反映することが知られている。

*1 : P…polyp	*2 : M…malignancy and hyperplasia	*3 : L…leiomyoma
*4 : A…adenomyosis	*5 : C…coagulopathy	*6 : O…ovulatory disorders
*7 : E…endometrial causes	*8 : I…iatrogenic	*9 : N…not yet classified

(B) 閉経後性器出血 (PMB)

問診：

然るべき年齢(日本では40歳以上)で、月経があってから1年間無月経が続く場合、その最後の月経をもって閉経した、と定義する。閉経後に出血(明らかな出血ではなく、褐色、ピンク、あるいは膿様帯下の増加と表現されることがある。)があればその10～15%に子宮悪性腫瘍がある、とされるので子宮悪性腫瘍の否定をまず考える。

理学的所見：

腔鏡診にて子宮頸部の状態を確認する。肉眼的にがんを疑う凹凸不正、易出血性の腫瘤を見たら細胞診では壊死細胞だけが検出され、異型細胞が存在しないことがある。内診で子宮頸部の腫瘍を認めたときには直腸診を行い、周囲への進展を検討する。子宮体がんは内診だけでは診断できないことが多い。

検査：

超音波で子宮内膜の肥厚がないかどうかを検討する。閉経後の女性の子宮内膜は4～5mm程度であり、これより厚い場合や内膜が不均一に観察される場合には子宮内膜生検を行う。薄い場合にはいったん経過観察も容認されるが、再度出血した場合には生検が必要である。この時に鋭匙による生検より吸引による生検の方が悪性腫瘍の検出感度は高い。子宮内膜細胞診による子宮内膜がんの存在否定はできない、と考える方がよい。

悪性腫瘍の存在が否定された場合、萎縮や、子宮頸部ポリープ、特に閉経後数年以内であれば子宮内膜ポリープ、子宮筋腫などが原因のことがある。閉経後出血を伴う子宮内膜ポリープは摘出して病理学的検討を行う対象となり得る。

(3) 帯下に関する訴え

(A) 多い

問診・理学的所見：

帯下の性状確認は重要である。粘液性か、膿状か、臭いかどうか、など。また、特に小児などの場合性犯罪や異物挿入は保護者の前では言わないので一人にして聴取する、などの配慮が必要である。悪性腫瘍由来の帯下と感染由来の帯下の鑑別のために腔鏡診、子宮頸部や腔壁の視診は必須である。また、透明かつ粘液性帯下が異常に多い場合は細胞診で異常が見つかりにくい子宮頸部腺がんなどを念頭に置く。小児や初交前であっても異物や性犯罪によるものがあることも念頭に置き必要に応じて視触診を行う必要がある。

検査：

子宮頸部細胞診や帯下の検鏡を行う。透明な粘液性帯下や褐色の(血性)帯下の場合は子宮頸部や体部を経腔超音波で評価し、腫瘍が疑われる場合は生検(頸管内搔爬や、子宮内膜組織診)を行う。感染が疑われる場合は白色、カッテージチーズ様であればカンジダを疑い帯下にKOH(水酸化カリウム)を滴下し、検鏡。黄色泡沫状であればトリコモナスを疑い生理食塩水を滴下して検鏡、細菌性腔症(腔炎ではない)を疑う時はKOH滴下の際のアミン臭(魚の生臭い臭い)などの鑑別を行う。その上で細菌培養を提出してもよい。性感染症のリスクがある性活動を行い、子宮頸管からの分泌物が目立つ場合はクラミジアや淋菌の核酸増幅法による検査を行う。

その他に微細な膀胱腔瘻、直腸腔瘻などが背景にあることもあるので、帯下の性状や細菌叢によっては鑑別することが必要である。

(B) 臭いが気になる

問診：

(A)に準ずるが、特に子宮頸がん(浸潤がん)の壊死性帯下による悪臭や、細菌性腔症(嫌気性菌を含む多数の菌種の混合感染)の生臭い臭い、などが訴えの原因となる。

(C) 色がおかしい

問診：

褐色あるいは黒色であればAUBあるいは閉経後であれば閉経後出血(OMB)と考えて鑑別診断を行う。閉経後で黄土色の場合は委縮によるものである場合が多い。黄色で掻痒感が強い場合はトリコモナスなどを疑う。その後の理学的所見や検討は(A)に同じ。

(4) 陰部(外陰)に関する訴え

(A) 痛い、ヒリヒリする

問診：

閉経後か否か、温水洗浄便座やナプキンを常用しているか、性交渉があるか、などが診断のヒントになる。主に閉経後で性的活動がない場合、外陰部の皮膚が萎縮状であれば、温水洗浄便座やナプキンの頻用を

控える、外陰を石鹸などで洗いすぎないようにする、ワセリンなどで皮膚を保湿することを勧める。皮膚色素の変調を伴う軽度の凹凸などがあれば硬化性苔癬を鑑別する。この場合はステロイド軟こう(強ステロイドから始めるべきとされる)を使用すべきとされるが、2〜3カ月たっても軽快しない場合や肥厚や表面のびらんが明らかな場合は外陰癌のことがあるので、生検を行い確認する必要がある。

検査：

多発性の水泡やその破綻が認められる場合は(性的活動がある女性に多いが、性的活動がなくても再燃することがある)、性器ヘルペス感染症を疑い、水泡底から細胞を採取し、抗原検査キットなどを使って確定診断を行う。単発性の硬結を伴う潰瘍は梅毒の硬性下疳の鑑別が必要である。

(B) かゆい

(A)と同様であるが、感染性のものとしては腔トリコモナス症、カンジダ外陰炎などは強いかゆみを訴えやすい。逆に検鏡や培養でこれらが検出されない場合に(A)に挙げたような病態を鑑別すべきである。

(C) びらん・出血がある

(A)と同様であるが、より腫瘍性病変の除外診断を重視すべきである。必要時局所麻酔下に生検を行うことをためらわない。

(D) 腫瘤・水疱・潰瘍など

(A)と同様であるが、より腫瘍性病変の除外診断を重視すべきである。高熱、口内炎に続発する深い外陰潰瘍がベーチェット病の症状であることも考えられるので注意が必要である。性器ヘルペス(多発することが多い)、梅毒の硬性下疳(単発のことが多い)などの性感染症も問診によってリスクを評価したうえで鑑別のための検査を行う。必要時局所麻酔下に生検を行うことをためらわない。

(5) 性交渉・妊娠に関する訴え

(A) 痛い

問診：

初交以降続くのか、性成熟期になって痛みが強くなっているのか、閉経後からなのか、性感染症や骨盤腹膜炎の既往などの問診が必要である。また、挿入時の痛みなのか動いた時の痛みなのか、などの情報が原因や対処法を考える上で重要である。

理学的所見：

腔鏡診を行った時の反応や腔の広がりを観察する。子宮周囲の癒着や子宮内膜症病変は、双合診で子宮を上下左右に動かしたときの痛みや、腔直腸診(示指を腔に、ゼリーを塗布した中指を直腸に挿入し子宮背側やダグラス窩の硬結を触知する)により診断する。癒着などは早期には画像診断では描出されず、問診と理学的所見で診療を進める。

(B) 妊娠したい

問診：

月経周期やその量、随伴症状、避妊なしでの性交を持った期間、性交の頻度、排卵のタイミングを取っているかどうか、現在服用している薬などを問診する。排卵日を基礎体温表で予測している場合はそのグラフと性交歴を比較する。排卵日直前の性交渉が6周期あれば、妊娠できるカップルの9割が妊娠しているので、医療介入についての相談をすべきである。基礎体温の測定は参考にはなるが、カップルのストレスになるので必須ではない。むしろ尿LHサージをとらえる排卵予知検査薬の自己使用や、経腔超音波での卵胞径測定による排卵日予知の方がよい、という意見もある。いわゆる低用量ピルを“月経痛の薬”と認識して服用し続けている場合がある(妊娠しなくて当然)ので、内服薬の確認は必須である。

検査：

女性の年齢とカップルの希望によっては必ずしも1年間(日本における不妊症の定義)待つ必要はない。特に妊孕性が低下する35歳以上では早い時期からの介入(検査開始)も是認される、とする意見が多い。男性因子(精液量、精子数、精子運動性、精子形態異常率)、排卵因子(排卵の有無は月経開始1週間前程度の血中プロゲステロン値測定で十分である)、卵管因子(子宮卵管造影法)、子宮因子(経腔超音波による評価と、子宮卵管造影による子宮内腔の変形の評価)、内分泌因子(プロラクチン、TSH(甲状腺刺激ホルモン)やLH(黄体化ホルモン)、アンドロゲンによる多嚢胞性卵巣症候群の評価)などを系統的に行っていく。

(C) 妊娠したくない

問診：

避妊法として何を用いるかの相談を行う。本邦においては低用量エストロゲン・プロゲスチン配合薬(ピル)か、子宮内留置器具(ミレーナなど)が代表的な確実性のある避妊法である。低用量ピルを用いる時には血圧の測定と共に喫煙、血栓症の既往、家族歴などの聴取が必要である。また、深部静脈血栓症、肺梗塞などの、自覚症状についてのリーフレットを企業が作成しておりそれを用いて説明する。禁忌条項に当てはまらないかを確認し、特に手術前4週間、術後2週間の一時中止なども含めて注意が必要である。

(6) 更年期障害かもしれないとの訴え

更年期障害で出現する症状の確認：

そもそも、更年期の定義が閉経前後5年間であり、更年期障害の症状は多彩である。この年齢に当てはまらない女性が更年期障害と同じ症状を訴えても更年期障害ではない。また、症状が器質的疾患によるものではない、ということも重要である。易疲労感、頭痛、のぼせ、腰痛、発汗、肩こりなどが代表的症状である。手足は冷たいがのぼせ観があり、発汗を伴う(ホットフラッシュ)ものはエストロゲンの変動による血管運動障害、と理解されてる。

Kuppermann更年期指数や、簡易更年期指数(SMI)などを用いて点数化すると、症状の拾い上げを行いやすい。ただ、点数の変化が治療効果を表すか、意味があるのか、は全体的な状態も含めて個別に検討すべき、とされている。

他疾患との鑑別の必要性：

精神症状も身体症状もうつ病や甲状腺機能異常(低下・亢進共に)との鑑別が必要である。更年期障害を

起こす特定のエストロゲン濃度やFSH濃度は知られていないので女性ホルモンの測定意義はないが、甲状腺ホルモン(TSH、FT4など)は甲状腺腫大や頻脈などがあれば測定すべきである。その他、肝機能異常、腎機能異常、貧血、メニエル氏病など多彩な疾患の鑑別が必要であるので、他の理学的所見と合わせて検討する。

Ⅲ) 婦人科一般診療で何がわかるか

(1) 腔鏡診でわかること

腔鏡は、胃カメラなどよりはるか昔から腹部臓器を視診する手段であった。腔鏡をかけることで帯下の性状がわかり、直接検体を採取できる。子宮腔部並びに腔壁粘膜の異常を視診することができる。腔壁の12時方向、6時方向は腔鏡を回転させなければ観察できない。子宮頸がんの浸潤がんは肉眼的に判断できるが、前がん病変や上皮内がんは、子宮頸部の擦過細胞診でないと捉えられない。これらの病変の確定にはコルポスコープによる拡大視、酢酸加工、生検などの手技が必要である。また、子宮頸部のポリープなどもよく発見される。

(2) 偶然見つけた子宮・付属器腫大への対応

内診では、子宮と別個に動くのであれば付属器(卵巣・卵管)と判断し、子宮と同一に動けば子宮由来の腫大、と考える。しかし、子宮と癒着する卵巣がんなどはこの限りではなく(一塊となっていることがある)、骨盤内に通常の子宮や卵巣より大きなものを双合診で触れた場合は画像診断で必ず評価を行う。腫瘍が大きな場合、経腔超音波では対象物が離れすぎて評価できず、経腹超音波の方が評価に適している場合もある。

(3) 偶然見つけた腹水への対応

当然、卵巣がんや卵管がんを疑う所見がないか、子宮付属器を慎重に観察する。月経周期のある女性で少量の場合はたとえば6週間後に再度観察し、性周期による変化を検討する。手術歴のある月経周期を有する女性の場合、peritoneal inclusion cyst(PIC:腹膜封入嚢胞)の可能性も考える。諸条件からPICが疑わしい場合、経口避妊薬を用いた排卵抑制で腹水の減少がみられる。

CA125は悪性腫瘍だけでなく、肝疾患、結核性腹膜炎などによる腹水の存在自体で上昇することがある。閉経後女性に腹水が見られた場合は特に注意が必要である。

(4) 性器位置異常 (POP) への対応

保存的治療(骨盤底筋の強化のための体操・ペッサリー)で対応するか、手術対応を行うか、の決定のために脆弱化した部分を理学的所見で同定する。手術によって位置を矯正した場合に尿失禁が出現することがある。

尿失禁は、脱出が起こる前に尿失禁の既往がある場合に多くなるので、これまでの経過を丁寧に問診する。ペッサリー療法を選択する場合、放置することなく定期的に自分で入れ替えるように指導するか、来院させて入れ替えを行う。

(5) 外陰病変への対応

かゆみ、灼熱(ひりひり)感などが特定の起因菌により起こっているのか、性感染症ではないか、洗浄のしすぎによる皮膚の萎縮・菲薄化から起こっているのか(特に閉経後)、あるいは腫瘍性病変から起こっているのかを問診・視診で見極める。肉眼的に隆起や潰瘍を伴い、腫瘍性病変を疑うのであれば局所麻酔下に生検を行うことを躊躇しない。

(6) 婦人科におけるスクリーニング検査

常に診察は定型的に行う習慣をつけておくといよい。外陰の視診、陰鏡をかけて帯下、陰粘膜、子宮頸部を観察する。

子宮頸がんスクリーニングを行う場合は内診の前に実施すべきである。続いて双合診で子宮・卵巣の大きさと可動性を評価する。月経困難症がある場合には理由を説明したうえで経直腸診を行うことが多い。これらに問題があった場合には経腔超音波断層法を用いて検査する。

また、問診上子宮内膜病変を疑う場合も経腔超音波断層法、場合によっては加えてソノヒステログラムを行う。大きな卵巣腫瘍などは子宮より頭側に位置することがあるので、経腹超音波断層法の実施を厭わないようにする。