

思春期の性的問題①

背景

10代の妊娠では、「予期しない妊娠」「望まない妊娠」であることが多い。10代の人工妊娠中絶件数は17,854件(厚生労働省・衛生行政報告例2014)、10代(19歳以下)の母からの出生数は13,011人、うち43人は14歳以下の母からの出生である。また、10代の母からの第2子出生が1,317件、第3子出生が76件である(厚生労働省・人口動態統計2014)(図1)。¹⁾

10代の人工妊娠中絶数は減少していることが知られているが、総数が多い18~19歳は減少しているが、15歳以下の中絶数はほとんど変化していない(図2)。¹⁾10代の分娩でも傾向が見られている(図1)、¹⁾また、中学生、高校生の性交経験率を見ると、男子ではやや低下しているものの、女子では2008年と2014年の調査で大きな変化はない(図3)。

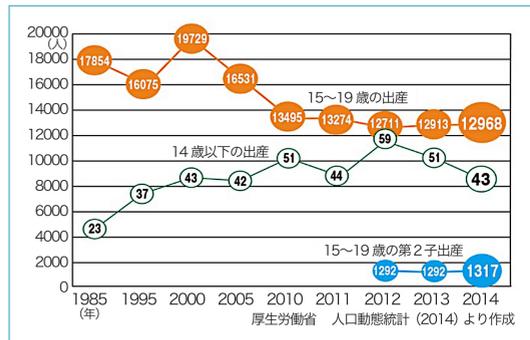
2009年、ユネスコは包括的性教育の方向性を示したInternational technical guidance on sexuality educationを発表した。このガイダンスに沿った教育により、若者が性行動に慎重になる効果も知られており、このような心理的発達を考慮した性に関する自己決定能力を育てる教育が効果的である。²⁾

パール指数(100組のカップルが1年間、その避妊法を行った際の妊娠例数)で比較すると、ピル(経口避妊薬、OC、Combined hormonal Contraception(ChC)、あるいは、Combined oral Contraception(CoC))は0.59以下であり、可逆的な避妊法の中では最も避妊効果が高い。「予期しない妊娠」「望まない妊娠」を避けるためのCrisis managementとしては、避妊の知識や技術、緊急避妊薬(モーニングアフターピル)を含めたピルに関する知識を持つ必要がある。また、現実的には、避妊を実行できる行動力を身につけることも重要である。

経口避妊薬(OC)の多くは、EstrogenとProgestinの合剤である。Estrogenには血栓症のリスクが、また、Progestinには脂質代謝への悪影響などがあり、それらに起因した心筋梗塞、脳梗塞、深部静脈血栓症などが問題となる。現在、副作用の発生率を低下させるため、Estrogenの低用量化が進んでおり、Ethinylestradiol(EE)の含有量が50 μ g未満の低用量OCが主流となっている。

また、低用量OCの使用目的は避妊であるが、月経困難症やニキビを抑制する副作用が明らかになっており³⁾、2008年、日本においても月経困難症を治療するLEP(Low dose estrogen progestin)製剤が保険適用薬として使用されるようになった。

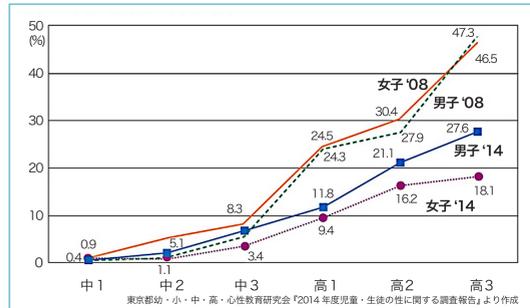
<図1>19歳以下の母からの出生



<図2>日本の10代の人工妊娠中絶数(年齢別)



<図3>中学・高校生の性交経験率



問診と診察

OC/LEPは初経発来後から開始できるが、骨成長への影響を考慮する必要があるとされる。⁴⁾海外の臨床試験でも14歳未満の安全性は担保されておらず、米国では、痤瘡治療では14歳以上から⁵⁾、月経前気分不快症(PMDD)では18歳以上から対象とされる。⁶⁾初経後のOC処方が骨成長を阻害したとする報告はないため、月経周期が確立すればOC投与を可能と考えられるが、日本の添付文書上では「骨成長が終了していない可能性がある患者」に対してOCは禁忌とされている。

OCの使用に際しては、年齢、体重、生活習慣、内科的疾患の合併、肝酵素に影響を与える薬剤の服用などにより副作用のリスクの上昇や効果の低下が起きる。問診では、このような状態を確認しながら、OCの慎重投与、禁忌となる疾患や病態を有していないかを聴取する。具体的には、妊娠の可能性、授乳の有無、喫煙歴、喫煙量、高血圧の有無、血栓性静脈炎・肺塞栓症・脳血管障害・冠動脈疾患・心臓弁膜症などの既往、最近の手術の既往と予定、脂質代謝異常、頭痛・片頭痛の有無、診断の確定していない不正性器出血、乳癌、子宮癌の既往、糖尿病の有無、胆道疾患・肝障害の有無、肝酵素に影響を及ぼす薬剤の服用の有無、肝腫瘍の有無などを聴取する。

全世代で見ると、OC服用により心筋梗塞は10万人年当たり10.1、塞栓性脳梗塞は10万人年当たり21.4とされる。⁷⁾OC服用前の血圧測定は急性心筋梗塞や脳梗塞のリスクを減らすことが疫学的に証明され、World Health Organization Selected practice recommendations(WHOSPR)や米国Center for Disease Control and Prevention(CDC)では血圧測定を必須項目としている。したがって、収縮期血圧が140mmHg以上または拡張期血圧が90mmHg以上の時は、血圧が安定するまで、OCを服用しないように指導する。WHOSPRやCDCでは、乳房検査、内診および血液検査(血糖、脂質、肝酵素、ヘモグロビン、血栓性素因検査、子宮頸細胞診、HIVを含む性感染症)はOCの安全性や効果については大きく影響せず、ルーチンに行なうことを推奨していない。^{8,9)}日本産科婦人科学会の低用量経口避妊薬の使用によるガイドラインでも第2版(2005年)以降、血液検査に関しては「希望があれば」あるいは「必要に応じて」実施しているとされている。しかし、月経困難症や過多月経などの症状を有する例では、器質的疾患の有無を確認する必要がある。

使用中のフォローアップ

受診時ごとに問診(服薬状況、効果、副作用発現のチェック)、血圧測定、6か月毎の体重測定を行う。静脈血栓塞栓症(venous thromboembolism:VTE)の発症が服薬開始から3か月以内に多いことから、この時期には特に、頻回にVTE所見に対する慎重な問診や診察を行う。

緊急避妊薬(モーニングアフターピル)

緊急避妊法としては、中用量経口避妊薬(プラノバールなど)を用いたヤッペ法(性交後72時間以内に2錠服用し12時間後に再び2錠服用する)が行われていたが、2011年、日本においても、緊急避妊薬(モーニングアフターピル)として、レボノルゲストレル(商品名ノルレボ[®]錠0.75mg)が発売され、性交後72時間以内に1回1.5mg経口投与となっている。妊娠阻止率は85%とされ、ヤッペ法の57%より高く、悪心・嘔吐、血栓症のリスクも低いとされる。

児や家族へのアドバイス

本人や保護者に、静脈血栓塞栓症(VTE)が疑われる症状について説明し、症状が認められた場合、適切な検査を行い、必要なら服薬の中止を検討する。さらにリスクを高める状況(脱水、不動、肥満、喫煙など)を排除できるように生活指導することも必要である。

「予期しない妊娠」「望まない妊娠」を避けるという観点では、緊急避妊法があることを知っていることが重要になる。しかし、緊急避妊には72時間以内に施行する必要があること(早い方が妊娠阻止率は高い)、緊急避妊薬ノルレボ[®]による避妊には15,000~20,000円と費用がかかることなどの課題もあり、本人と保護者(大人)などとの間で、日頃から性の健康に関する話題を言い出しやすい関係性があることが重要になる。100%の避妊法はない。OCを使用しているにもかかわらず妊娠することがあること、どのような場合には妊娠を疑う必要があるのかという知識を持つておく必要がある。

【参考文献】

1. 種部恭子:若年妊娠とその背景. 現代性教育研究ジャーナル60:1-5, 2016.
2. International technical guidance on sexuality education: an evidence-informed approach for schools, teachers, and health educators. UNESCO, 2009.
3. The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) Committee on practice bulletins-gynecology.: Noncontraceptive uses of hormonal contraceptives. Practice Bulletin 110:1-13 (IV), 2010.
4. 日本産科婦人科学会, 日本産科婦人科医会:産婦人科診療ガイドライン-婦人科外来編2017-, 2017.
5. Koltun W, Lucky AW, Thiboutot D, et al.: Efficacy and safety of 3 mg drospirenone/20 μ g ethinylestradiol oral contraceptive administered in 24/4 regimen in the treatment of acne vulgaris: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Contraception 77 :249-256, 2008.
6. Yonkers KA, Brown C, Pearlstein TB, et al.: Efficacy of a new low-dose oral contraceptive with drospirenone in premenstrual dysphoric disorder. Obstet Gynecol 106:492-501, 2005.
7. Sugimura K, Sakuma M, Shirato K.: Potential risk factors and incidence of pulmonary thromboembolism in Japan: results from an overview of mailed questionnaires and matched case-control study. Circ J 70:542-547, 2006.
8. Selected Practice Recommendation for Contraceptive Use - Second Edition. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241562846.pdf?ua=1> (guideline)
9. Tepper NK, Marchbanks PA, Curtis KM.: U.S. selected practice recommendations for contraceptive use, 2013. J Womens Health 23:108-111, 2014.