

2009

Vol.58

Supplement

現代産婦人科

Modern Trends in Obstetrics & Gynecology



第62回 日本産科婦人科学会中国四国合同地方部会総会 プログラム・講演抄録

会期 2009年9月26日(土)・27日(日)

会場 米子全日空ホテル

会長 原田 省(鳥取大学)



日本産科婦人科学会中国四国合同地方部会

ご 挨 拶

第62回日本産科婦人科学会中国四国合同地方部会総会ならびに学術講演会を米子市で開催するにあたり、鳥取地方部会を代表しまして会員各位のご参加を心より歓迎申し上げます。

学術講演会1日目には、ワークショップとして「産婦人科医療の直面する課題とその対策」をテーマにとりあげ、産婦人科医不足、女性医師支援、周産期ネットワーク、そして助産師外来と院内助産への取り組みについて中四国で先進的に取り組んでおられる先生に講演して頂きます。続いて臨床公募研究「IUIDを伴った常位胎盤早期剥離の取り扱い」の研究成果をご発表頂き、教授就任講演「子宮内膜症のACE」を行います。特別講演は、日本産科婦人科学会理事長 慶応大学教授の吉村泰典先生をお願いしております。「生殖のミステリア」と題して興味深いお話が聞けるものと楽しみにしております。講演会終了後は懇親会を予定しております。お時間の許す限りご参加頂き、懇談の場として頂きたいと存じます。

学術講演会2日目は研修医コーナーとして「危機的状況となった症例から学んだこと」をテーマに研修医による症例発表と討論を行います。一般講演は79題の応募を頂きました。活発な討論が行われ有意義な発表の場となることを期待しております。ランチョンセミナーは、山王病院の藤原敏博先生と高知大学の小栗啓義先生をお願いしております。どうぞ多くの会員にご参加頂き、皆様の熱意とご協力によって、本学会が有意義な会となりますようお願い申し上げますとともに、開催にあたってご支援賜りました関係各位に心より御礼申し上げます。

第62回日本産科婦人科学会中国四国合同地方部会

会長 原 田 省

第 62 回 日本産科婦人科学会中国・四国合同地方部会総会
ならびに学術講演会

会 長 鳥取大学医学部生殖機能医学 教授 原田 省

会 期 平成 21 年 9 月 26 日（土）～ 27 日（日）

会 場 米子全日空ホテル
683-0824 米子市久米町 53 番 2 号
TEL: 0859-36-1111

学術委員会 9 月 26 日（土） 11:30～12:30 3F 鳳

理事会 9 月 26 日（土） 12:30～14:00 3F 鳳

評議員会 9 月 27 日（日） 12:15～13:15 2F 第 3 会場

総会 9 月 27 日（日） 13:15～13:45 2F 第 1 会場

会員懇親会 9 月 26 日（土） 講演会終了後
場所 米子全日空ホテル 2F

事務局 683-8504 鳥取県米子市西町 36-1
鳥取大学医学部生殖機能医学
第 62 回日本産科婦人科学会中国四国合同地方部会事務局
TEL: 0859-38-6647 FAX: 0859-38-6649
e-mail obgyn@med.tottori-u.ac.jp
学会ホームページ : <http://tyuushi-obgyn.jp/>

学会参加者へのお知らせ

学会参加の方へ

1. 受付第1日目(9月26日)は午前11時より、第2日目(9月27日)は午前8時10分より行います。
2. 学会参加費:5000円は当日お支払い下さい。なお、学生および初期研修医は参加費無料です。受付にて学生証あるいは初期研修医であることを証明できるものを提示して下さい。また、学会場内では参加証を必ず着用してください。
3. 日本産科婦人科学会専門医シールおよび日本産婦人科医会シールは参加証を持参の上、シール交付受付にてお受け取り下さい。

演者の方へ

口演は、PCでの発表のみとさせていただきます。

「ワークショップ公募臨床研究、教授就任講演、研修医コーナー」

1. 発表データーはメディア(CD-RまたはUSBメモリ)でご持参の上、講演開始30分前までに第1会場前のPC受付にて動作確認をお済ませください。
2. ご発表データーにつきましては Windows Xp, PowerPoint (2000 以上) で作成したものをお持ちください。
3. 動画を含む場合、もしくは Macintosh で作成のデーターを使用される場合は恐れ入りますが PC 本体をご持参ください。
4. お持ちになる PC の出力端子は D-sub 15 pin に限ります。専用アダプターが必要な方は必ずご持参下さい。また、電源ケーブルも合わせてご持参下さい。
5. 研修医コーナーの発表時間は7分、討論時間は3分です。第1日目(9月26日)の14時～17時の間に、ご自身の発表会場前のPC受付にて動作確認をお済ませ下さい。

「一般講演」

1. 一般講演の講演時間は6分、討論時間は2分です。講演時間は厳守して下さい。次演者のかたは指定された席にお着き下さい。
2. スライド枚数に制限はありませんが、時間内での発表をお願いします。

3. 発表データーはメディア（CD-R または USB メモリ）でご持参の上、第1日目(9月26日)の14時～17時の間に、ご自身の発表会場前のPC受付にて動作確認をお済ませ下さい。
4. ご発表データーにつきましては Windows Xp, PowerPoint(2000 以上)で作成したものをお持ちください。Macintosh でデーターを作成される方は、フォントによる不具合が生じる場合がございますので、あらかじめWindows にて動作確認を行った上でお持ち下さい。
5. 動画は原則としてご遠慮願います。どうしても必要な場合には、事前に事務局までご連絡をお願いします。

座長の先生方へ

1. 座長の先生は、各会場の受付にお立ち寄り下さい。連絡事項等がございましたらお伝えいたします。
2. 座長の先生はセッション開始 10 分前には次座長席にお着き下さい。

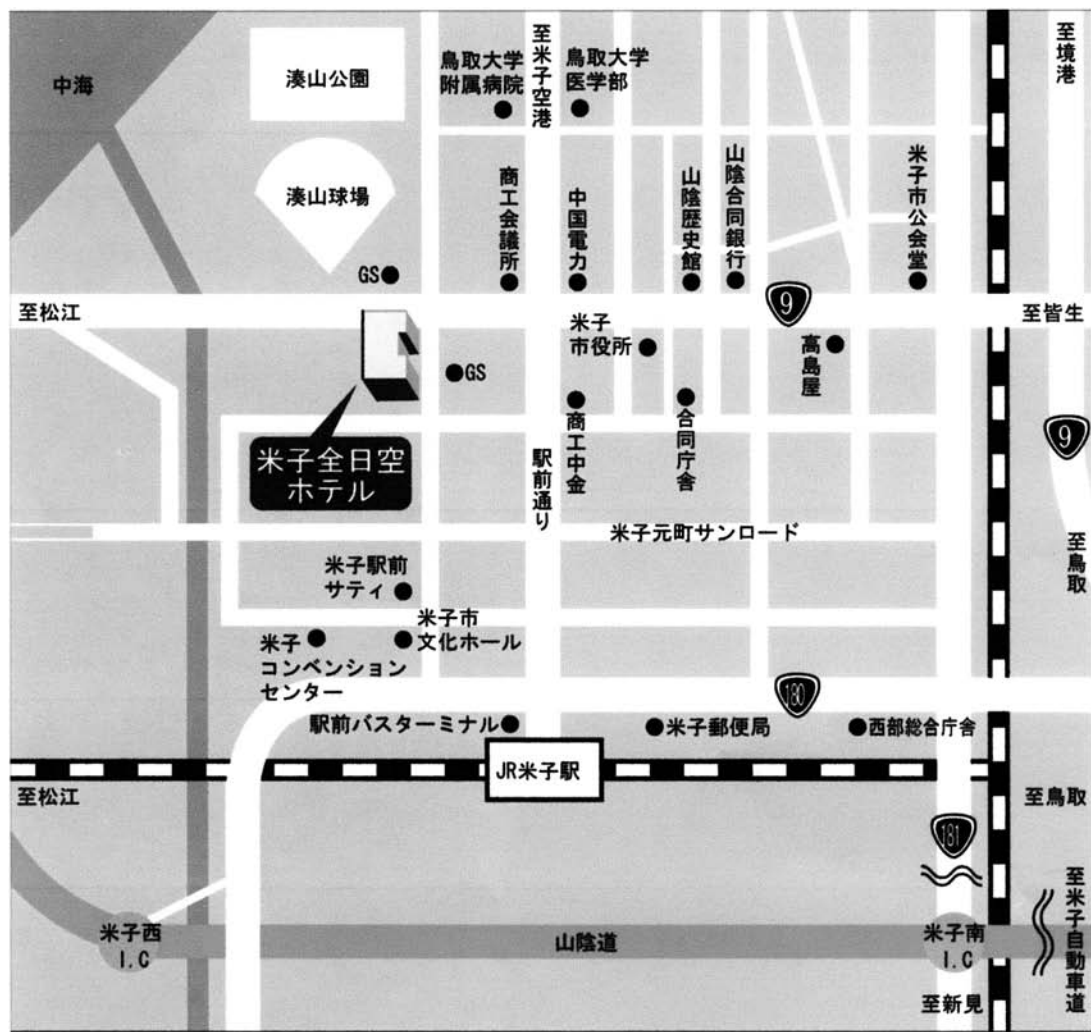
会員懇親会について

第1日目（9月26日）講演終了後 18 時 15 分から、学会会場である米子全日空ホテル 2 階「飛鳥」におきまして会員懇親会を行います。参加費は無料です。多数の先生方のご参加をお待ちしています。

ランチョンセミナーについて

第2日目（9月27日）12 時 15 分から第1・第2会場おきましてランチョンセミナーを予定しております。お弁当は十分な数をご用意しておりますが、参加者多数により万が一不足が生じた際には、何卒ご容赦下さいますようお願い申し上げます。

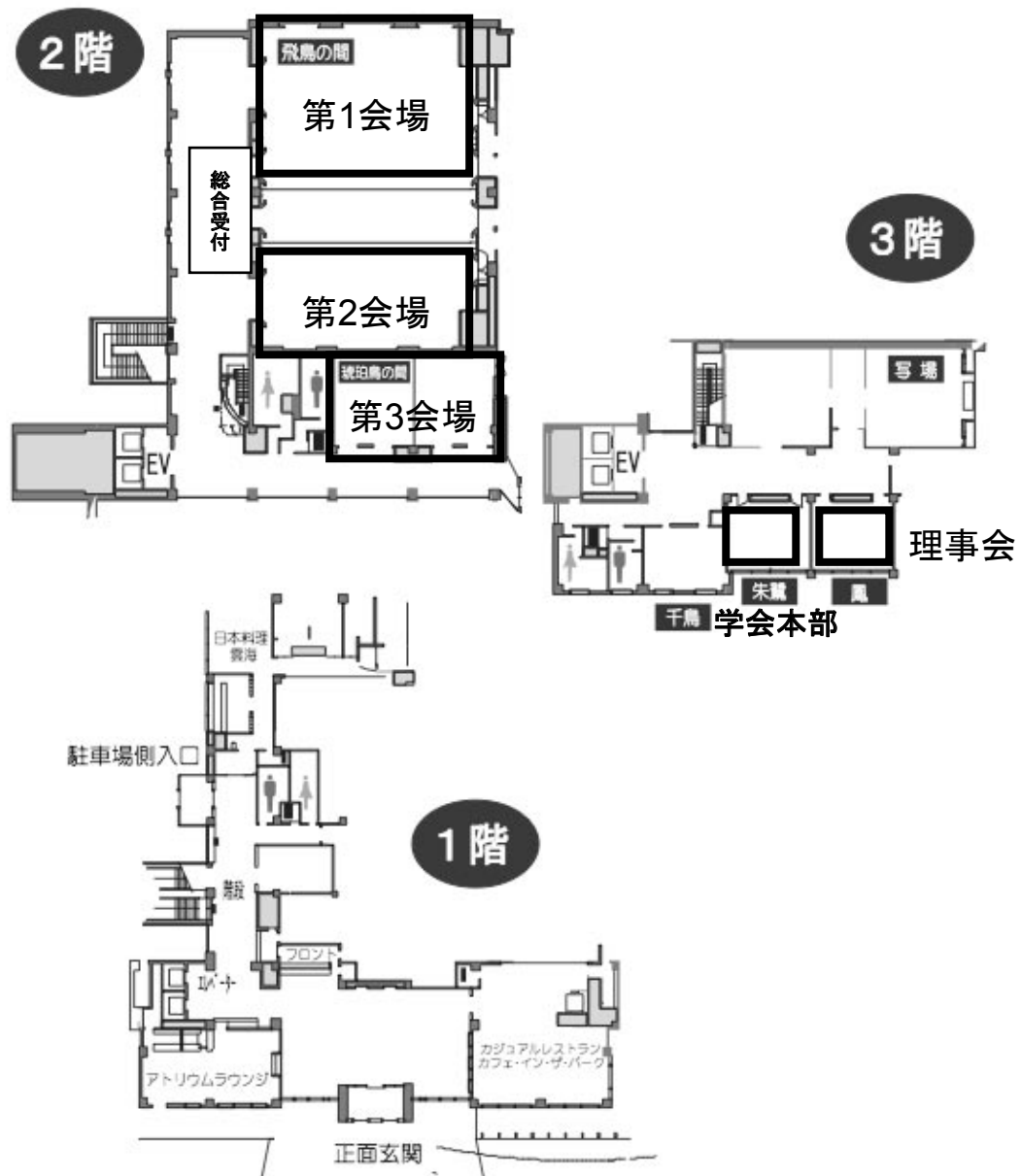
会場案内図



JR 米子駅から徒歩 8 分

山陰道 米子西から車で 5 分、米子南 IC から車で 10 分

総合受付は 2 階です。



第1日目 9月26日(土)

11:30	3F 鳳 学術委員会
12:30	理事会
14:00	

第1会場(2F)	
14:25	開会の挨拶 原田 省 会長
14:30	ワークショップ 「産婦人科医療の直面する課題とその対策」 座長 苛原 稔 教授 秦 利之 教授 産婦人科医不足と地域医療 島根県健康福祉部 医師確保対策室長 木村 清志先生 産婦人科医療システム改善と女性医師支援 岡山大学 助教 関 典子先生 NICU活用のための周産期ネットワーク構築 鳥取大学 准教授 岩部 富夫先生 助産師外来と院内助産への取り組み 徳島大学 講師 前田 和寿先生
15:50	公募臨床研究 座長 工藤美樹 教授
16:10	「IUFDを伴った常位胎盤早期剥離の取り扱い」 岡山大学 瀬川友功先生
16:15	教授就任講演 座長 寺川直樹 名誉教授 「子宮内膜症のACE」 鳥取大学 原田 省 教授
16:45	特別講演 (共催 持田製薬株式会社) 座長 平松祐司 教授 「生殖のミステリア」
17:45	慶応義塾大学 吉村泰典 教授
18:15	懇親会

第2日目 9月27日(日)

第1会場

第2会場

第3会場

8:30	第1群(1-5) 周産期 I 広島大学 三好 博史 先生	8:30	第6群(26-30) 周産期 VI 岡山大学 増山 寿 先生	8:30	第13群(53-57) 生殖 I 岡山大学 鎌田 泰彦 先生
9:10	第2群(6-10) 周産期 II 山口大学 中田 雅彦 先生	9:10	第7群(31-34) 腫瘍 I 鳥取大学 板持 広明 先生	9:10	第14群(58-62) 生殖 II 島根大学 金崎 春彦 先生
9:50	第3群(11-15) 周産期 III 島根大学 青木 昭和 先生	9:42	第8群(35-38) 腫瘍 I I 岡山大学 児玉 順一 先生	9:50	第15群(63-66) 生殖 III 山口大学 田村 博史 先生
10:30	第4群(16-20) 周産期 IV 香川大学 柳原 敏宏 先生	10:14	第9群(39-41) 腫瘍 III 広島大学 藤原 久也 先生	10:22	第16群(67-70) その他 I 高知大学 前田 長正 先生
11:10	第5群(21-25) 周産期 V 愛媛大学 松原 圭一 先生	10:38	第10群(42-44) 腫瘍 IV 徳島大学 古本 博孝 先生	11:02	第17群(71-75) その他 II 徳島大学 松崎 利也 先生
11:50		11:10	第11群(45-47) 腫瘍 V 島根県立中央病院 岩成 治 先生	11:34	第18群(76-79) 周産期 VII 松江市立病院 入江 隆 先生
		11:34	第12群(48-52) 腫瘍 VI 鳥取県立中央病院 皆川 幸久 先生		
		12:06		12:06	

第2日目 9月27日(日)

第1会場

12:15	ランチン I 共催 インサイテック 座長 深谷 孝夫 先生 「子宮筋腫に対するMRガイド下 集束超音波治療(MRgFus)」 高知大学 小栗啓義 先生
13:15	総会

第2会場

12:15	ランチン II 共催 富士製薬工業 座長 苛原 稔 先生 「妊孕性にポイントをおいた 子宮内膜症の管理」 山王病院 藤原敏博 先生
-------	---

第3会場

12:15	評議員会
13:15	

13:45	研修医コーナー 「危機的状況となった症例から学んだこと」 司会 鳥取大学 木山智義 先生 上垣 崇 先生 帝王切開癒痕部妊娠の診断が困難であった稽留流産の1症例 高知県立幡多けんみん病院 松島幸生 先生 高血圧症で常位胎盤早期剥離、子宮内胎児死亡を発症した Jr ^a 抗体陽性妊婦の一例 高松赤十字病院 佐藤美樹 先生 妊娠21週で子宮摘出に至った帝王切開創部妊娠の1例 広島大学 松山 聖 先生 分娩後大量出血を来した症例 川崎医科大学 石田 剛 先生 弛緩出血の一例 岡山大学 政廣聡子 先生 前置胎盤からの大量出血に対し、帝王切開後にB-Lynch縫合を おこなうことで子宮温存が可能であった妊娠31週の初産婦 山口大学 村田 晋 先生 SepsisおよびDICを併発した卵巣癌Ⅰc期の1例 愛媛県立今治病院 池田朋子 先生
15:00	閉会の辞
15:05	

第 1 日目 第 1 会場

ワークショップ

14 : 30 - 15 : 50

「産婦人科医療の直面する課題とその対策」

座長 苛原 稔 教授 秦 利之 教授

産婦人科医不足と地域医療

島根県健康福祉部 医師確保対策室長 木村 清志 先生

産婦人科医療システム改善と女性医師支援

岡山大学 助教 関 典子 先生

NICU 活用のための周産期ネットワーク構築

鳥取大学 准教授 岩部 富夫 先生

助産師外来と院内助産への取り組み

徳島大学 講師 前田 和寿 先生

公募臨床研究

15 : 50 - 16 : 10

座長 工藤美樹 教授

「IUFD を伴った常位胎盤早期剥離の取り扱い」

岡山大学 助教 瀬川友功 先生

教授就任講演

16 : 15 - 16 : 45

座長 寺川直樹 名誉教授

「子宮内膜症の ACE」

鳥取大学 教授 原田 省 先生

特別講演 (共催 持田製薬株式会社)

16 : 45 - 17 : 45

座長 平松祐司 教授

「生殖のミステリア」

慶応義塾大学 教授 吉村泰典 先生

一 般 講 演

第 1 会場

第 1 群 周産期 I 8:30～9:10

座長 広島大学 三好 博史 先生

1

TCR での止血が困難であり、UAE を施行した胎盤遺残の一例

三原赤十字病院

宮本綾子、高橋正国、竹内裕一郎

2

当院で施行された産後出血に対する UAE 症例の検討

広島市立広島市民病院

関野 和、三村 朋子、国宗和歌菜、西川 忠暁、岡田 朋美、辰本 幸子、

小松 玲奈、早田 桂、依光 正枝、舛本 明生、小坂由紀子、石田 理、

野間 純、吉田 信隆

3

子宮動脈塞栓後に TCR で切除し得た胎盤ポリープの 1 例

島根県立中央病院

江川恵子、泉 陽子、片桐 浩、倉田和巳、高橋也尚、上田敏子、

松岡さおり、吉野直樹、栗岡裕子、森山政司、山本和彦、岩成 治

4

観血的整復術により子宮温存可能であった子宮内反症の二例

岡山赤十字病院

衛藤英理子、小国信嗣、小島洋二郎、林裕治、江尻孝平

5

Exaggerated placental site(過大着床部)の一例

徳山中央病院

伊藤 淳、折田剛志、後 賢、平林 啓、沼 文隆、伊東武久

第2群 周産期 II 9:10～9:50

座長 山口大学 中田 雅彦 先生

6

総肺静脈還流異常症の胎児診断について

徳島大学

加地 剛、前田和寿、須藤真功、佐藤美紀、苛原 稔

7

Velocity Vector Imaging (VVI)による妊娠中後期の胎児心臓機能評価の試み

香川大学

金西賢治、秦 利之

持田シーメンスメディカルシステム株式会社 松田章子

8

4D-STIC with inversion mode を用いた胎児大血管の走行の評価

香川大学

森 信博、野口純子、花岡有為子、金西賢治、山城千珠、田中宏和、
塩田敦子、柳原敏宏、秦 利之

9

多脾症候群の出生前診断における STIC 法の有用性について

島根大学

青木昭和、石原とも子、石川雅子、片桐敦子、今村加代、折出亜希、
中山健太郎、金崎春彦、宮崎康二

10

出生前における胎児耳介低位の診断法について

島根大学

石原とも子、青木昭和、石川雅子、片桐敦子、今村加代、折出亜希、
中山健太郎、金崎春彦、宮崎康二

第3群 周産期 III 9:50～10:30

座長 島根大学 青木 昭和 先生

11

胎児腹腔内臍静脈の拡張を認めた症例について

山口赤十字病院

高橋弘幸 金森康展, 辰村正人

12

出生前診断し得た Berry 症候群の一例

愛媛大学

尾藤安奈、松原裕子、片山富博、藤岡 徹、松原圭一、伊藤昌春

13

出生前診断された先天性胆道拡張症の一例

岡山医療センター

多田克彦, 小平雄一, 塚原紗耶, 今福紀章, 立石洋子, 高田雅代, 中西美恵

同小児外科: 岩村喜信,

川崎医科大学放射線科: 渡部 茂

14

内部に血流を含んだ Amniotic sheets の一例

岡山大学 産科・婦人科¹⁾ 保健学研究科²⁾

岡崎倫子¹⁾、井上誠司¹⁾、赤堀洋一郎¹⁾、沖本直輝¹⁾、増本由美¹⁾、

瀬川友功¹⁾、増山 寿¹⁾、平松祐司¹⁾、中塚幹也²⁾

15

胎児母体間輸血症候群による重症胎児貧血の2症例

倉敷中央病院

堀川直城、横内 妙、村上優子、大塚由有子、森本明美、宇佐美知香、

内田崇史、福原 健、中堀 隆、本田徹郎、高橋 晃、長谷川雅明

第4群 周産期Ⅳ 10:30～11:10

座長 香川大学 柳原 敏宏 先生

16

経膣分娩を行った子宮内胎児死亡を伴った常位胎盤早期剥離の1例

済生会下関総合病院

田邊 学、高崎彰久、水本久美子、丸山祥子、菊田恭子、嶋村勝典、森岡 均

17

重積発作にて termination を余儀なくされたてんかん合併妊娠の一例

岡山大学

延本悦子 岡崎倫子 政廣聡子 岸本桂子 赤堀洋一郎 沖本直輝

井上誠司 住田由美 瀬川友功 増山 寿 平松祐司

18

S 状結腸癌合併妊娠の一例

川崎医科大学 産婦人科¹、同 消化器外科²

寺寫由佳理¹、張 良実¹、佐野力哉¹、石田 剛¹、潮田至央¹、

潮田まり子¹、中村隆文¹、岡 保夫²、山下和城²、下屋浩一郎¹

19

妊娠中に急性膵炎を発症した一例

広島市立広島市民病院

岡田朋美、関野 和、三村朋子、西川忠暁、辰本幸子、小松玲奈、早田 桂、依
光正枝、舛本明生、石田 理、野間 純、吉田信隆

20

急性膵炎発症にて発見された胃癌合併妊娠の1例

岡山大学

早田 裕、岸本佳子、赤堀洋一郎、沖本直輝、井上誠司、増本由美、

瀬川友功、増山 寿、平松祐司

第5群 周産期Ⅴ 11:10～11:50

座長 愛媛大学 松原 圭一 先生

21

第2期遷延分娩の検討

倉敷中央病院

内田崇史、横内 妙、村上優子、森本明美、堀川直城、大塚由有子、
宇佐美知香、福原 健、本田徹朗、中堀 隆、長谷川 雅明、高橋 晃

22

子宮全摘を前提として管理した全前置嵌入胎盤の一例

鳥取県立中央病院

池野慎治、大畠順恵、岡田誠、大野原良昌、皆川幸久

23

ファロー四徴症に伴う肺動脈弁欠損症の一例

倉敷中央病院

宇佐美知香、村上優子、横内 妙、大塚由有子、堀川直城、森本明美、
内田崇史、福原 健、中堀 隆、本田徹郎、高橋 晃、長谷川雅明

24

妊娠11週で妊娠継続を断念し腹式筋腫核出術を施行した子宮筋腫合併妊娠の1例

広島大学

數佐淑恵、坂下知久、信実孝洋、藤原久也、三好博史、工藤美樹

25

当科における高年妊娠の現状と55歳超高年自然妊娠の一例

津山中央病院

石原佳代、中山朋子、中務日出輝、河原義文

第2会場

第6群 周産期 VI 8:30～9:10

座長 岡山大学 増山 寿 先生

26

常位胎盤早期剥離症例における CTG 所見の後方視的解析

山口大学

三輪照未、村田 晋、吉富恵子、住江正大、中田雅彦、杉野法広

27

IUGR 児の well-being の評価における Tei index の意義

岡山医療センター

小平雄一、今福紀章、塚原紗耶、立石洋子、高田雅代、中西美恵、多田克彦

28

超音波断層法により検出された胎盤肥厚と周産期予後の検討

山口県立総合医療センター

中島優子、佐世正勝、吉永しおり、鳥居麻由美、讃井裕美、古谷信三

坂口優子、中村康彦、上田一之

29

子宮内胎児発育不全例における母体尿酸値の検討

岡山大学

赤堀洋一郎、岸本佳子、沖本直樹、井上誠司、増本由美、瀬川友功、増山寿、平松祐司

30

脳脊髄器官共存培養法を用いた新生仔ラット低酸素性虚血性脳症モデルの脳傷害の評価

広島大学

田中教文、三好博史、藤原久也、工藤美樹

第7群 腫瘍Ⅰ 9:10～9:42

座長 鳥取大学 板持 広明 先生

31

石灰化卵巣線維腫が先行し母斑性基底細胞癌症候群と診断された1例

山口大学

吉富恵子、末岡幸太郎、福島千加子、村上明弘、縄田修吾、杉野法広

32

皮様嚢胞腫に合併した卵巣原発血管肉腫の一例

川崎医科大学産婦人科 1)、 病理学教室 2)、 臨床腫瘍科 3)

佐野力哉¹⁾、潮田至央¹⁾、寺島由佳理¹⁾、石田 剛¹⁾、張 良実¹⁾、

潮田まり子¹⁾、中村隆文¹⁾、森谷卓也²⁾、山口佳之³⁾、下屋 浩一郎¹⁾

33

卵黄嚢腫瘍の一例

鳥取県立中央病院

岡田 誠、大畠順恵、池野慎治、大野原良昌、皆川幸久

34

当院で経験した卵黄嚢腫瘍3例

中国労災病院

広岡由実子、村上隆介、北島光泰、槇野洋子、澤崎 隆、勝部泰裕

第8群 腫瘍 II 9:42～10:14

座長 岡山大学 児玉 順一 先生

35

重篤な肺血栓塞栓症を引き起こした卵巣明細胞腺癌の一例

岡山大学

河合清日、政廣聡子、本郷淳司、楠本知行、関 典子、中村圭一郎、
児玉順一、平松祐司

36

卵巣悪性腫瘍に脳梗塞を併発した1症例

- Trousseau 症候群の疑い -

JA 尾道総合病院 産婦人科 1)、 脳神経外科 2)

江川美砂¹⁾ 中郷賢二郎¹⁾ 藤東猶也¹⁾ 佐々木克¹⁾ 松岡敏夫¹⁾

門田秀二²⁾

37

当科で経験した悪性卵巣腫瘍合併妊娠の2例

徳島大学

山本哲史、加地 剛、桑原 章、前田和寿、松崎利也、古本博孝、苛原 稔

38

急性腎不全のため血液透析後に手術および化学療法を施行した卵巣明細胞腺癌の1例

広島大学

高本晴子、藤原久也、山本弥寿子、平田英司、三好博史、工藤美樹

第9群 腫瘍 III 10:14～10:38

座長 広島大学 藤原 久也 先生

39

周術期管理を工夫した 43kg におよぶ巨大卵巣腫瘍の一症例

中電病院

小出千絵、秋本由美子、三春範夫、新谷可伸、豊福彩、長谷川康貴

40

進行卵巣癌における Interval debulking surgery (IDS) の意義に関する検討

鳥取大学産婦人科，がんセンター*

浪花 潤，島田宗昭，野中道子，上垣憲雅，佐藤慎也，大石徹郎，板持広明，原
田 省，紀川純三*

41

エストロゲン産生が認められた増殖性ブレンナー腫瘍の一例

小郡第一総合病院

成松昭夫

第 10 群 腫瘍 IV 10:38～11:10

座長 徳島大学 古本 博孝 先生

42

子宮癌検診報告様式へのベセスダ方式導入にあたって

高知大学

小栗啓義、前田長正、深谷孝夫

43

子宮頸部に著明な多発性嚢胞を認めた LEGH の一例

松江市立病院 産婦人科 1) 臨床検査科（病理） 2)

山内延広¹⁾、木山智義¹⁾、田頭由紀子¹⁾、高尾成久¹⁾、入江 隆¹⁾、吉田 学²⁾

44

分葉状頸管過形成／胃幽門腺化生（LEGH/PGM）の超音波像

愛媛大学

小島淳美、藤岡 徹、高田治奈、松原裕子、片山富博、伊藤昌春

第 11 群 腫瘍 V 11:10～11:34

座長 島根県立中央病院 岩成 治 先生

45

子宮頸部液状細胞診を用いた HPV genotyping と HPV ゲノムの integration の検出

浜田医療センター

中川達史、平野開士、小林正幸

46

母乳中の Human Papillomavirus (HPV) についての検討

ー母乳を介する垂直感染の可能性は低いー

徳島大学

吉田加奈子、加藤剛志、古本博孝、苛原稔

47

子宮頸部円錐切除後の HPV 陰性持続率

島根県立中央病院

片桐 浩、江川恵子、泉 陽子、倉田和巳、高橋也尚、上田敏子、
松岡さおり、吉野直樹、栗岡裕子、山本和彦、森山政司、岩成 治

第 12 群 腫瘍 VI 11:34～12:06

座長 鳥取県立中央病院 皆川 幸久 先生

48

子宮平滑筋肉腫における hepatocyte growth factor activator inhibitors (HAI-1 & HAI-2) の検討

岡山大学

中村圭一郎、楠本知行、関典子、本郷淳司、児玉順一、平松祐司

49

子宮体癌を合併した異型ポリープ状腺筋腫の 1 例

松江市立病院 産婦人科 1) 臨床検査科 (病理) 2)

田頭由紀子¹⁾、木山智義¹⁾、山内延広¹⁾、高尾成久¹⁾、入江 隆¹⁾、吉田 学²⁾

50

術前に診断困難であった骨盤内腫瘍の症例

高松赤十字病院

丸山俊輔、野々垣多加史、佐藤美樹、森 陽子、岩見州一郎、神余泰宏

松本美奈子、後藤真樹

51

妊孕性温存を試みた子宮頸部 villoglandular papillary adenocarcinoma の 1 例

徳島大学

柴田真紀、吉田加奈子、加藤剛志、古本博孝、苛原 稔

52

最近 5 年間の重複癌の臨床的検討

高松赤十字病院

岩見州一郎、後藤真樹、佐藤美樹、丸山俊輔、森 陽子、神余泰宏、

松本美奈子、野々垣多加史

第3会場

第13群 生殖Ⅰ 8:30～9:10

座長 岡山大学 鎌田 泰彦 先生

53

抗凝固療法が奏功せず治療に苦慮した不育症の1例

岡山大学

中野裕子，菊池由加子，佐々木愛子，松田美和，小谷早葉子，清水恵子，
鎌田泰彦，平松祐司

保健学研究科

中塚幹也

54

反復流産症例に対し行った不育症スクリーニング検査の検討

よしだレディースクリニック内科・小児科

光成匡博、吉田壮一

55

回盲部腸重積を形成した盲腸子宮内膜症の1例

JA広島総合病院

古宇家正、藤本英夫、三好剛一、佐野祥子、中西慶喜

56

ジェノゲストが有効であった膀胱子宮内膜症の1例

高知大学

谷口佳代，泉谷知明，山田るりこ，池上信夫，前田長正，深谷孝夫

57

深部子宮内膜症に対する腹腔鏡下手術

鳥取大学¹⁾，倉敷成人病センター²⁾

出浦伊万里¹⁾，原田 省¹⁾，金尾祐之²⁾，安藤正明²⁾

第14群 生殖 II 9:10～9:50

座長 島根大学 金崎 春彦 先生

58

雄ラットにおいて新生仔期の感染ストレスは成熟後の感染ストレスに対する性機能の反応を視床下部で減弱させる

徳島大学

岩佐 武、松崎利也、藤澤しのぶ、木内理世、苛原 稔

59

雌ラットにおいて新生仔期の感染ストレスは成熟後の感染ストレスに対する性機能および摂食調節機構の反応に相反する影響を与える

徳島大学

藤澤しのぶ、松崎利也、岩佐 武、木内理世、苛原 稔

60

子宮形態に影響を及ぼす上皮性イオンチャネル発現の検討
(SERM とエストラジオールの違いより)

広島大学

信実孝洋、工藤美樹

61

ヒト子宮内膜間質細胞における IGFBP-1 遺伝子と PRL 遺伝子の DNA メチル化プロファイル解析

山口大学

田村 功、浅田裕美、李理華、木塚文恵、谷口 憲、前川 亮、竹谷俊明、
松岡亜希、田村博史、杉野法広

62

唾液中コルチゾール濃度と血液中コルチゾール濃度との相関

愛媛労災病院

宮内文久、高橋慶子、村上祥子、南条和也、大塚恭一

第 15 群 生殖 III 9:50～10:22

座長 山口大学 田村 博史 先生

63

当院で経験した原発無月経の 3 症例

山口県立総合医療センター

吉永しおり、中村康彦、中島優子、讃井裕美、安澤彩子、鳥居麻由美、
古谷信三、坂口優子、佐世正勝、上田一之

64

Time-lapse cinematography を用いたヒト胚盤胞期胚における透明帯脱出(hatching)過程
の動的解析

ミオ・ファティリティ・クリニック リプロダクティブセンター

見尾保幸、錦織恭子、加藤一雄

65

eSET 導入により ART 由来の多胎分娩は減少している

-総合周産期母子センター分娩データによる解析-

徳島大学、香川小児病院不妊治療センター*

山本由理、桑原 章、矢野裕也、谷口友香、須藤文子、田中優、檜尾健二*、苛
原 稔

66

胚の発育状態による胚盤胞移植日個別化の検討

徳島大学

田中 優、桑原 章、矢野裕也、谷口友香、山本由理、須藤文子、苛原 稔
香川小児病院不妊治療センター
檜尾健二

第 16 群 その他 I 10:22～11:02

座長 高知大学 前田 長正 先生

67

大量性器出血により診断され、UAE が有効であった XⅢ因子欠乏症の一例

岡山済生会総合病院

小幡 綾、平野由紀夫、伊庭敬子、小池浩文、坂口幸吉

68

経頸管的切除で治癒した存続絨毛症の一例

広島大学

野村清歌、坂下知久、藤原久也、三好博史、工藤美樹

69

静脈血栓塞栓症と D ダイマーに関する検討

鳥取市立病院

片山典子、丹羽家泰、長治 誠、伊原直美、清水健治

70

腔内異物が原因で形成された膀胱腔癭を伴った巨大結石の 1 例

倉敷中央病院

村上優子、横内 妙、大塚由有子、森本明美、堀川直城、宇佐美知香

内田崇史、福原 健、本田徹郎、中堀 隆、高橋 晃、長谷川雅明

第17群 その他 II 11:02～11:34

座長 徳島大学 松崎 利也 先生

71

予後不良な染色体異常を胎児診断した際に産婦人科医が行う胎児緩和ケアについて

広島市立広島市民病院

早田 桂、小松玲奈、三村朋子、関野 和、國宗和歌菜、西川忠暁、
岡田朋美、辰本幸子、依光正枝、舛本明生、小坂由紀子、石田 理、野間 純、
吉田信隆

72

骨盤解剖献体の内診と組織学的検索による子宮頸部-坐骨棘間結合組織の検討

広島大学

平田英司、藤原久也、山本弥寿子、工藤美樹

73

腹腔鏡下手術において体腔内縫合を行うために

鳥取大学¹⁾、倉敷成人病センター²⁾

出浦伊万里¹⁾、伊藤雅之¹⁾、谷口文紀¹⁾、岩部富夫¹⁾、原田省¹⁾、金尾祐之²⁾、
安藤正明²⁾

74

当科における緊急手術での腹腔鏡下手術症例の検討

徳島県立中央病院

笠井由佳、三谷龍史、前川正彦

75

腹腔鏡下に核出した靱帯内発育子宮筋腫の3例

愛媛大学

小泉幸司、藤岡 徹、小島淳美、松原裕子、兵頭慎治、片山富博、松原圭一
伊藤昌春

第 18 群 周産期 VII 11:34～12:06

座長 松江市立病院 入江 隆 先生

76

子宮頸管無力症を伴った胎盤脱出の 1 例

鳥取市立病院

丹羽家泰、片山典子、長治 誠、伊原直美、清水健治

77

臍帯脱出症例の二例

県立広島病院

占部 智、坂手 慎太郎、原 香織、中島 祐美子、頼 英美、吉本 真奈美、
藤東 淳也、伊達 健二郎、内藤 博之、上田 克憲、占部 武

78

当院における胎胞脱出症例の検討

岡山医療センター

立石洋子、小平雄一、塚原紗耶、今福紀章、高田雅代、中西美恵、多田克彦

79

胎胞膨隆患者の羊水中 IL-6 濃度からみた妊娠期間延長の可否

鳥取大学

月原 悟、上垣 崇、高井絵里、荒田和也、周防加奈、出浦伊万里、
伊藤雅之、岩部富夫、原田 省

9月27日

ランチョンセミナー 12:15 - 13:15

第1会場 共催 インサイテック

座長 高知大学 深谷 孝夫先生

「子宮筋腫に対する MR ガイド下集束超音波治療(MRgFus)」

高知大学 小栗啓義 先生

第2会場 共催 富士製薬工業

座長 徳島大学 苛原 稔先生

「妊孕性にポイントをおいた子宮内膜症の管理」

山王病院 リプロダクティブセンター 藤原敏博先生

第1会場

研修医コーナー 13:45 - 15:00

「危機的状況となった症例から学んだこと」

司会 鳥取大学 木山智義先生、上垣 崇先生

「帝王切開癒痕部妊娠の診断が困難であった稽留流産の1症例」

高知県立幡多けんみん病院 松島幸生先生

「高血圧症で常位胎盤早期剥離、子宮内胎児死亡を発症した Jr^a 抗体陽性妊婦の一例」

高松赤十字病院 佐藤美樹先生

「妊娠21週で子宮摘出に至った帝王切開創部妊娠の1例」

広島大学 松山 聖先生

「分娩後大量出血を来した症例」

川崎医科大学 石田 剛先生

「弛緩出血の一例」

岡山大学 政廣聡子先生

「前置胎盤からの大量出血に対し、帝王切開後に B-Lynch 縫合をおこなうことで子宮温存が可能であった妊娠31週の初産婦」

山口大学 村田 晋先生

「Sepsis および DIC を併発した卵巣癌 Ic 期の1例」

愛媛県立今治病院 池田朋子先生

特別講演

生殖のミステリア

慶應義塾大学

吉村泰典

生物は生殖により次世代を産生し、個体の死を超えて存在することを可能にしている。ヒトはあくまで生物であり、ヒトもまた生物の例外でなく、生殖により子孫をつくり出す。近年の生殖医学の進歩には目覚ましいものがあり、生殖現象の解明のみならず、ヒトの生殖現象を操作する新しい技術も開発されている。このような状況下で 20 世紀後半には、体細胞クローン羊の誕生とヒトの ES 細胞の樹立、さらには今世紀に入り体細胞より iPS 細胞が樹立された。ヒトの生殖医療に携わるわれわれにとっても、これら事象のもたらす科学的意義を否応なしに考えざるを得ない時期にきている。

雌性生殖器官は、性周期に伴う構造・機能変化を通じて、卵胞発育・排卵・受精・着床・妊娠維持・分娩などの生殖イベントの場を、周期的に創造し提供する。この周期性・反復性といった特性は、雌性生殖器官特有の再生メカニズムや幹細胞システムの存在を強く示唆する。また、再生医学に利用できる組織、臓器、細胞供給源として、子宮、胎盤、臍帯など生殖臓器が注目されている。例えば、月経血に由来する細胞が骨格筋や心筋細胞へ分化することが明らかになっている。培養し、増殖させた月経血由来細胞は間葉系細胞と考えられ、その分化は骨髄由来の間質細胞または間葉系幹細胞のような骨、軟骨、脂肪、骨格筋、心臓、神経といった分化形質とやや異なり、骨格筋、心筋への分化傾向が強いと考えられている。

最近の幹細胞研究で最も注目されているのは iPS 細胞である。体細胞から核移植を行うことなしに ES 様細胞株を樹立できるようになってきている。未受精卵を使用せずに多分化能を有する幹細胞を得ることは、ES 細胞樹立にかかわる倫理上の問題をクリアできる点で大変な進歩である。これら iPS 細胞による配偶子への分化が可能となれば、生殖機能のメカニズム解明や疾患の治療への応用も期待され、生殖医療への貢献は計り知れないものがある。

21 世紀の生殖医療は、神に代わって人が新しい生命をつくり出す時代と言えるかもしれない。今われわれ研究者が求められているもの、それは確かな基礎科学研究である。医療への応用は最重要課題であるが、その前に乗り越えなければならないハードルはいくつもある。しかし、いつの時代でも忘れてはならないことは生命の尊厳に対する恐れと謙虚さである。

**日本産科婦人科学会中国四国合同地方部会 公募臨床研究
『IUFD を伴った常位胎盤早期剥離の取り扱い』に関する調査
多施設間共同研究**

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 産科・婦人科学教室

瀬川友功, 岸本佳子, 赤堀洋一郎, 沖本直輝, 井上誠司, 増本由美, 増山 寿, 平松祐司

【目的】 常位胎盤早期剥離（以下、早剥）は、母体 DIC、出血性ショック、母体死亡、胎児死亡など、母児共に重篤な障害をもたらす危険が高い代表的産科救急疾患である。治療法としては、胎児が生存している場合、母体の DIC の程度を考慮し、可能であれば早急に帝王切開を施行することが重要である。一方、胎児がすでに死亡している場合、米国や英国では、経膈群と帝切群の間で、母体合併症の頻度に差がなかったという報告があり、母体の状態が安定している場合、経膈分娩が推奨されている。しかし、本邦では、多くの施設で帝王切開を行っている。そこで、今回、我々は、IUFD を伴った早剥の分娩方法について、経膈群と帝切群を比較検討した。

【方法】 1996 年から 2009 年までの間に、当施設、および、当研究協力 32 施設で経験した症例について、後方視的に検討を行った。単胎妊娠で IUFD を伴った早剥は 162 例であり、このうち、低用量アスピリンを内服していた 3 例と交通外傷 2 例は除外し、157 例について比較検討を行った。統計学的処理には Mann-Whitney 検定を用いた。

【結果】 157 例中、経膈群は 48 例、帝切群は 109 例であった。経膈群 48 例中、初産婦は 18 人、経産婦は 30 人であり、平均経妊回数は 1.3 回、平均経産回数は 1.0 回であった。帝切群 109 例中、初産婦は 50 人、経産婦は 59 人であり、平均経妊回数は 1.2 回、平均経産回数は 0.8 回であった。平均年齢は、経膈群で 30.1 歳、帝切群で 31.3 歳であった。平均分娩週数は、経膈群で 34 週 0 日、帝切群で 34 週 0 日であった。出生児体重の平均は、経膈群で 2069g、帝切群で 1939g であった。早剥の診断から分娩までの平均時間は、経膈群で 8 時間 37 分、帝切群で 2 時間 11 分であった。平均入院日数は、経膈群で 11.4 日、帝切群で 12.8 日であった。Bishop Score の平均は、経膈群で 4.8 点、帝切群で 1.4 点であった。産科 DIC スコアの平均は、経膈群で 6.7 点、帝切群で 7.6 点であった。平均総出血量は、経膈群で 2120g、帝切群で 1939 g であった。輸血量の平均は、経膈群で MAP8.7 単位、FFP8.9 単位、濃厚血小板 5.1 単位であり、帝切群で MAP6.0 単位、FFP4.9 単位、濃厚血小板 3.5 単位であった。分娩前の検査値の平均は、経膈群で D ダイマー 96.8 μ g/ml、Fib150.7mg/dl、ATⅢ77.9%, Hb10.0g/dl、血小板 $14.1 \times 10^4 / \mu$ l であり、帝切群で D ダイマー 110.3 μ g/ml、Fib150.7mg/dl、ATⅢ72.2%, Hb9.7g/dl、血小板 $14.7 \times 10^4 / \mu$ l であった。分娩後の検査値の平均は、経膈群で D ダイマー 52.4 μ g/ml、Fib181.8mg/dl、ATⅢ74.4%, Hb8.1g/dl、血小板 $10.7 \times 10^4 / \mu$ l であり、帝切群で D ダイマー 101.5 μ g/ml、Fib170.8mg/dl、ATⅢ76.6%, Hb7.5g/dl、血小板 $12.0 \times 10^4 / \mu$ l であった。経膈群では、分娩合併症として、腎機能障害による透析 1 人、血漿交換 1 人、脳出血 1 人、人工呼吸管理 1 人を認めた。帝切群では、分娩合併症として、腎機能障害による透析 4 人、肝機能障害 4 人、再開腹 2 人、縫合不全 1 人、弛緩出血のため子宮全摘 1 人、UAE1 人、肺梗塞疑い 1 人、肺水腫 1 人を認めた。当科独自の母体経過スコアの平均は、経膈群で 1.8 点、帝切群で 1.9 点であった。

【結論】 平均年齢、経妊経産回数、分娩週数、出生児体重は両群間で有意差を認めなかった。産科 DIC スコア、総出血量、分娩前の D ダイマー、Fib、ATⅢ、Hb、血小板、分娩後の D ダイマー、Fib、ATⅢ、Hb、血小板、母体経過スコアは両群間で有意差を認めなかった。早剥の診断から分娩までの時間は経膈群で有意に長く、入院日数は経膈群で有意に短かった。Bishop Score は経膈群で有意に高かった。

【考察】 今回、我々は、IUFD を伴った早剥 157 例の分娩方法について、経膈群と帝切群を比較検討した。産科 DIC スコア、総出血量、分娩前後の検査値、母体経過スコアは両群間で有意差を認めず、入院日数は経膈群で有意に短かった。また、帝切群において、分娩合併症の頻度と重篤度が高い印象を受けた。以上より、輸血や抗 DIC 療法などにより母体の出血や DIC の進行がコントロールでき、状態の安定化がはかれる場合、入院日数が短く、母体にストレスが少ない経膈分娩を選択する事は妥当であると考えられた。

研究協力施設

愛媛大学医学部附属病院 産科婦人科
広島大学病院 産科婦人科
山口大学医学部附属病院 産科婦人科
鳥取大学医学部附属病院産科婦人科
島根大学医学部附属病院 産科婦人科
徳島大学病院 産科婦人科

つるぎ町立半田病院 産婦人科
愛媛県立中央病院 産婦人科
安佐市民病院 産婦人科
岡山済生会総合病院 産婦人科
岡山赤十字病院 産婦人科
健康保険鳴門病院 産婦人科
県立広島病院 産婦人科
呉医療センター 産婦人科
広島市民病院 産婦人科
広島赤十字・原爆病院 産婦人科
広島鉄道病院 産婦人科
高松赤十字病院 産婦人科
高知県立幡多けんみん病院 産婦人科
国立病院機構高知病院 産婦人科
済生会下関総合病院 産婦人科
三原赤十字病院 産婦人科
山口県立総合医療センター 産婦人科
市立宇和島病院 産婦人科
松江市立病院 産科婦人科
松江赤十字病院 産婦人科
川崎医科大学附属川崎病院 産婦人科
総合病院社会保険徳山中央病院 産婦人科
中国労災病院 産婦人科
鳥取県立厚生病院 産婦人科
鳥取県立中央病院 産婦人科
鳥取市立病院 産婦人科
津山中央病院 産婦人科
徳島赤十字病院 産婦人科
尾道総合病院 産婦人科
姫路聖マリア病院 産婦人科
姫路赤十字病院 産婦人科
福山医療センター 産婦人科

ワークショップ

産婦人科医不足と地域医療

島根県健康福祉部医療企画監（医師確保対策室長） 木村 清志

島根県は東西に細長く、海岸沿いの狭小な平地を除いてはほとんどが山間地であるとともに、隠岐諸島という離島を持つ。以前から離島、中山間地においては医師不足という課題を抱えていたが、近年では、市部の中核的な病院においても様々な診療科で医師不足となり、病棟が閉鎖されたり、診療科自体が閉鎖されるといった状況が発生している。2006年には隠岐病院の産婦人科医師が不在となり、隠岐での分娩取り扱いが一時出来なくなったことは代表的な事例である。

島根県ではこういった医師不足に対処するために、1992年に「島根県へき地勤務医師確保協議会」を設置したことを始めとして、地域医療機関を支援することを目的とした制度等を創設してきた。2006年には、県の組織として医師確保対策室を新たに設置し、現役の医師の招聘を強化するとともに、将来の地域医療を担う医師を育てるために、大学と協力・連携する取り組みを開始した。現在、地域医療を支える医師を「呼ぶ」「育てる」「助ける」を3本柱として取り組んでいる。

「呼ぶ」では、インターネット等を利用した募集広告や全国どこへでも出かけていく医師出張面談、実際に県内医療機関を視察いただくツアーを実施し、2002年度～2008年度までの間で43名の県外医師に着任いただいた。

「育てる」では、医学生向けの奨学金を3種類準備しており、これまで92名の方に借りていただいている。また、産婦人科を始めとする不足診療科対策として、自治医科大学卒業医師の不足診療科養成コースの創設等がある。

「助ける」では、地域医療機関で働く医師が休暇を取得しやすいよう県立病院から代診医を派遣する取り組み等を行っている。

今回のワークショップにおいて、島根県内の産婦人科医療体制の現状、医師確保対策室の取り組みの状況、今後産婦人科医師を増やしていくための事業等についてお話しする。

ワークショップ

産婦人科医療システム改善への取り組みと育児中の女性医師支援

岡山大学

関 典子、平松祐司

昨今の産婦人科勤務医不足の原因として、出産育児により第一線をしりぞく女性医師が増加してきていることが指摘されて久しい。産婦人科は女性医師にとって性差を生かせる科として根強く人気があり、当科では近年産婦人科医師の女性医師の占める割合は過半数を越えているがこれまで出産後の勤務医常勤への復職率は極めて低かった。これには多くの原因が考えられるが、その一つに勤務医常勤の頻回の当直、予期せぬ時間外勤務などの過酷な労働環境が考えられ、これらはまた男性医師不足の一因にもなっている可能性がある。2007年に当科で現役世代の同門会全医師に行ったアンケート調査の結果からも、女性医師対策はすなわち産婦人科医師不足対策に他ならないことが判明したため、大学病院を中心に産婦人科医師全体のQOLを改善するための改革に取り組んできた。育児中の女性医師支援は、女性医師を優遇するだけの改革では決してうまくいかない。男女、既婚未婚に関わらず、現職の産婦人科医が今後も高いモチベーションを保ちながら勤務できるよう、産婦人科医療システム全体の見直しを今後も早急かつ適切に進めていくべきと考えられた。今回は、これまでの当科の取り組みの現状と今後のあらたな問題点について検討したので発表する。

ワークショップ

NICU 活用のための周産期ネットワーク構築

鳥取大学

岩部富夫、原田 省

全国 MFICU 連絡会議のアンケート調査では、MFICU 勤務者の最大の悩みは NICU の不足により、迅速かつ適切な対応をすることができないことである。鳥取県は日本で一番人口が少なく、県の面積もさほど大きくないことから、県内全域にネットワークを構築して運用しやすい環境にある。そこで、鳥取県が鳥取大学に委託して開発を行ってきた NICU ベット稼働の効率化をめざした鳥取県周産期医療情報システムが平成 20 年 3 月に完成した。

鳥取県では、医療圏は東部、中部および西部の 3 つに分かれる。NICU を有する施設は東部の鳥取県立中央病院（6 床）と西部の鳥取大学医学部附属病院（9 床）のみである。鳥取県周産期医療情報システムとは、この東部と西部の 2 つの母子医療センターと、その他の産科医療機関において、リスクの高い妊婦の周産期データやベッドの空き状況を共有するものである。このシステムにより、受け入れ前の患者の経過の把握、診療所からの相談への的確な対応などができるとともに、リスクに応じた患者の円滑な受け入れが可能となる。一方、搬送元の診療所や病院は、搬送先での簡単な治療経過などを随時閲覧できる。したがって、バックトランスファーを行う際にも有利であり、診療所の協力も得やすいメリットがある。

西部地域では、大学病院と 4 診療所をネットワークで結び病診連携を開始しており、今後は県内全域すべての病院と診療所に広げていく予定である。さらに、県内のリスクの高い妊婦の統計データなども集計可能となり、今後の周産期医療に役立てることができると考えられる。

本講演では、ネットワークの運用開始からの現況とその問題点を紹介する。

ワークショップ

助産師外来と院内助産の取り組み

徳島大学

前田和寿 須藤真功 佐藤美紀 苛原 稔

ここ 10 年で産科医療にはめまぐるしい変化がおこり産科医師不足、産科医療の崩壊が起こっている。今回我々は、当院で行っている助産師外来の開設、変遷、院内助産に向けての活動について紹介する。

年々減少する分娩数に歯止めをかけることと母子保健サービスの充実を目的として病棟・外来活性化委員会が平成 4 年 12 月に発足した。このメンバーには、産婦人科教授・外来医長・病棟医長・外来助産師・病棟助産師・助産婦学校教員で構成され、①煩雑な妊婦診察システムを回避するため助産師による妊婦の外診と保健指導を行なう、②妊婦の診察医がその都度変わるのを防ぐため周産期専門の医師が担当する。③妊婦が質問や相談できる機会や時間の余裕がない ため助産師による指導・相談を充実させる、④待ち時間が長い ため予約制に変更する、⑤助産師外来診察室の整備を行うことが決定され、平成 5 年に助産師外来が開設された。その後、助産師外来では、妊婦の精神的なサポート、診察および保健指導、医師とのカンファレンスを行ってきたが、平成 10 年には周産母子センター平成 16 年には総合周産期星医療センターが開設されたためハイリスク妊娠・分娩が増加した。このため助産師外来の本来の業務が果たせていないため、保健指導の効率的な実施方法、妊産婦用パンフレットの見直し、担当助産師の増員をはかり対応している。

また近年、卒後臨床研修制度の改革に伴い産科医師が激減し徳島県も例外ではない。このため平成 18 年より院内助産開設へ向けての取り組みとして継続受け持ち制を始めた。これは 1 名の助産師 1 名のローリスク妊婦を妊娠初期より 1 ヶ月健診まで継続して受け持つ制度である。当初は年間 10 名程度であったが、平成 20 年度は 70 名程度まで増加している。今後の院内助産の開設に当たり、安全な分娩を目的として助産師が行う分娩のガイドラインを作成中である。

TCR での止血が困難であり、UAE を施行した胎盤遺残の一例

三原赤十字病院

宮本綾子、高橋正国、竹内裕一郎

胎盤遺残は時に大量出血を引き起こすため、自然排出されない場合は治療的介入が必要となる。今回 TCR で摘出を行ったが、止血困難のため緊急に UAE を施行した症例を経験したので報告する。

症例は 33 歳女性、4 経妊 1 経産、自然流産 3 回。妊娠 41 週 3 日で陣痛誘発後に経膈分娩に至った。胎盤剥離徴候が無かったが、出血が増量してきたため用手剥離にて胎盤を娩出した。分娩の総出血量は 1030g であった。産褥 6 日の内診時に胎盤遺残を疑う超音波像を認めたが、自然排出を期待し、本人・家族の了解を得て保存的に経過を診ることとした。産褥 1 ヶ月の MRI 検査でも、胎盤遺残の所見は変わらなかった。自然排出は困難であると判断し、また妊孕能温存を希望されたため TCR を施行することとなった。

子宮右側前壁より発生した腫瘤塊を認め、TCR で数回に分け摘出した。切除断端の止血を試みたが困難であり、出血量が 700ml を越えたため UAE に切り替えた。両側子宮動脈の塞栓にて、速やかに性器出血は減少した。術後は Hgb9.1g/dl まで低下したが輸血の必要は無く、術後 5 日で退院した。病理組織検査で胎盤遺残であったことを確認した。術後 1 ヶ月の診察では、胎盤の遺残や出血の増量は認めなかった。

妊孕能温存を優先する場合には、緊急に UAE が行える体制の下、TCR を先行して行う方がよいと考えられた。

当院で施行された産後出血に対する UAE 症例の検討

広島市立広島市民病院

関野 和、三村 朋子、国宗和歌菜、西川 忠暁、岡田 朋美、辰本 幸子、小松 玲奈、
早田 桂、依光 正枝、舛本 明生、小坂由紀子、石田 理、野間 純、吉田 信隆

【目的】産後出血は事前予測が困難なため疾患によっては一瞬で大量出血に至ることがある。薬物療法で止血が困難である場合は子宮全摘術や UAE（子宮動脈塞栓術）などが選択される。今回は当院での産科出血に対する UAE の有効性とその限界について検討する事を目的とした。

【対象・方法】2003 年 8 月から 2009 年 6 月の間に産後出血に UAE が施行された 13 例について、搬送時の状態・出血量・UAE 施行時間、その後の転帰などにつき検討した。

【結果】当院での UAE 件数は 2003 年には 1 例であったが、2008 年には 5 例と年々増加していた。搬送症例が 11 例あり到着時ショック状態であった症例が 5 例、プレショックも加えると 7 例あり、DIC に移行した症例が 6 例あった。原因疾患の内訳は弛緩出血 5 例、不全子宮破裂 4 例、子宮内反症 1 例、遺残胎盤 1 例、仮性動脈瘤 1 例、その他 1 例であった。UAE 決定から UAE 終了までの平均時間は約 2.5 ± 0.62 時間であった。UAE 終了後、当日再出血となった症例は 1 例のみで（UAE 初回成功率 92.3%）、後日再出血をおこした症例が 2 例あり（遺残胎盤、仮性動脈瘤）、再度 UAE を行うも最終的に子宮摘出となった症例が 2/13 例（15.4%）であった。また UAE 後、3 ヶ月ごとの造影 MRI での子宮・内膜の評価ではほとんどの症例が子宮内膜の血流は保たれており、1 例は妊娠・出産を経験した。

【考察】UAE はショックや DIC といった重篤な状態の場合も施行でき、子宮機能温存を期待できるため子宮摘出を考慮する前に施行すべき方法である。

子宮動脈塞栓後に TCR で切除し得た胎盤ポリープの 1 例

島根県立中央病院

江川恵子、泉 陽子、片桐 浩、倉田和巳、高橋也尚、上田敏子、松岡さおり、吉野直樹、栗岡裕子、森山政司、山本和彦、岩成 治

緒言：胎盤ポリープは分娩、流産、妊娠中絶などの後に子宮内に遺残した胎盤が変性、フィブリン沈着、硝子化を伴い器質化しポリープ状に増大するものであり、安易な子宮内掻爬術は多量の出血を起こす危険性がある。今回、子宮動脈塞栓後の TCR で切除し得た胎盤ポリープの 1 例を経験したので報告する。

【症例】43 歳初産婦【現病歴】凍結胚移植にて妊娠。骨盤位のため妊娠 38 週 1 日、選択帝王切開を施行した。胎盤は前壁付着で剥離は容易であった。術後、弛緩出血 (2970gr) より DIC を呈し保存的治療を要した。術後 7 日目の超音波検査にて胎盤の遺残は明らかではなかった。産褥 22 日目に突然の性器出血があり、超音波検査にて子宮内腔に 36mm 大の血流豊富な腫瘤像を認めた。血中 hCG 112mIU/ml であった。【治療】産褥 25 日目、内腸骨動脈造影にて両側子宮動脈末梢の濃染像を確認し、子宮動脈塞栓術を施行した。塞栓後、超音波検査カラードプラ法にて子宮内腔に向かう血流の消失を確認した。産褥 29 日目、TCR にて腫瘤を完全に切除し得た。【結語】胎盤ポリープの治療において、豊富な血流が予測される場合は、子宮動脈塞栓にて血流をコントロールした上で、病変部位を確認しながら最低限の侵襲で凝固止血もできる子宮鏡下手術が有用であった。

観血的整復術により子宮温存可能であった子宮内反症の二例

岡山赤十字病院

衛藤英理子、小国信嗣、小島洋二郎、林 裕治、江尻孝平

子宮内反症は産褥期に起こる稀な疾患であるが、激しい疼痛と出血性ショックを伴うため迅速に適切な処置を行う必要がある。子宮内反症の中には整復術に成功せず子宮摘出を余儀なくされる場合もあるが、今回われわれは、子宮内反症と診断され、開腹および経腔的操作を併用した観血的整復術にて子宮温存可能であった二例を経験したため報告する。

【症例 1】26 歳、1 経妊 1 経産。妊娠 41 週 4 日、前医で分娩誘発により 3308g の女児を経腔分娩。胎盤娩出後、弛緩出血 (20 分間で 1840g) にて当院へ救急搬送となった。到着時、周期的な強い腰痛を訴え、出血性ショックの状態であった。内診・クスコ診・経腹超音波で不全子宮内反症と診断されたため、全身麻酔下に経腔的用手整復術を試みるも不成功。観血的整復術にて内反整復された。術中出血量 1200ml。術後 9 日目に退院となった。

【症例 2】23 歳、1 経妊 1 経産。妊娠 39 週 6 日、3260g の男児を経腔分娩。胎盤娩出操作の際なかなか剥離せず、胎盤が付着したまま子宮が膈より脱出した状態となった。強い下腹部痛と出血性ショックを伴い、全子宮内反症と診断。直ちに全身麻酔下に胎盤用手剥離および観血的整復術に成功した。術中出血量 6000ml。術後 9 日目に退院となった。

Exaggerated placental site(過大着床部)の一例

徳山中央病院

伊藤 淳、折田剛志、後 賢、平林 啓、沼 文隆、伊東武久

過大着床部は、絨毛疾患の病理的分類の「その他の病変」に分類される良性疾患である。症例は、32歳で妊娠暦はG4P4、前医で妊娠管理されていたが経過に問題なし。妊娠37週、既往帝王切開のため選択的帝王切開術施行。術後の経過は順調であったが、術後5日目、大量の性器出血を認め、その後ショック状態となり当院搬送となる。当院搬送後のHb値は4.7g/dlであった。診察所見では、多量の持続的な出血はみられず、保存的に輸血等をおこなった。しかし、4時間後に1910gの凝血塊を含んだ性器出血がみられた。子宮温存の希望がなかったため腹式単純子宮全摘出術を行った。術後は、輸血、およびDIC等の集学的治療を行い、状態は安定し、術後9日目に軽快退院された。摘出標本の病理検査では、中間型栄養細胞の増生が筋層の1/3の所まで侵入していたが、肉眼的には結節病変はみられず、組織的にも核分裂像はみとめられなかった。過大着床部で臨床経過を報告されたのは5例であり、先行妊娠は、人工妊娠中絶2例、頸管妊娠1例、胎状奇胎1例、臨床的絨毛癌1例であった。2症例は、処置後に1,2ヶ月たって大量出血しており血流の豊富なエコー像が見られていた。全例、単純子宮全摘出術を行い診断された。血流が豊富に見られる症例においては、大量出血をおこす可能性があり外科的な処置を考慮する必要があると思われた

総肺静脈還流異常症の胎児診断について

徳島大学

加地 剛、前田和寿、須藤真功、佐藤美紀、苛原 稔

総肺静脈還流異常症(TAPVR)は生後早期に低酸素症や肺高血圧をきたし緊急手術を要することが多いため、出生前に診断することが望ましい先天性心疾患である。当センターNICUに入院したTAPVR症例から胎児診断について検討したので報告する。

(対象・方法) 2002年から2008年の間に当センターNICUに入院となったTAPVR12例を対象とした。心内奇形を合併しないTAPVR単独例6例と心内奇形を合併した6例の2群に分けて、後方視的に検討した。

(結果) 12例のうち、TAPVRの胎児診断がされていたものは4例(33%)であった。

TAPVR単独であった6例のうち、胎児診断されたものは無くすべて出生後に新生児搬送されたものであった。

一方、心内奇形を合併した6例の内訳は無脾症に合併したものが5例、修正大血管転換症に合併したものが1例であった。6例すべてで心内奇形については胎児診断されていたが、TAPVRの診断にまで至っていたのは4例(67%)であった。共通肺静脈の還流部位が胎児診断で明らかになっていたのは2例(Ib、Ⅲ)であった。肺静脈の閉塞は1例で出生後に確認されたが、胎児期には診断には至っていなかった。

(考察) TAPVRの胎児診断率は低かった。特に心内奇形を伴わないTAPVR単独例の胎児診断例は無く、TAPVR単独例をいかにスクリーニングするかが課題である。一方心内奇形を契機に、精査が行われた症例ではTAPVRの診断も可能であったが、共通肺静脈の還流部位や肺静脈の狭窄・閉塞の評価は十分ではなかった。

Velocity Vector Imaging (VVI)による妊娠中後期の胎児心臓機能評価の試み

香川大学 : 金西賢治、秦 利之

持田シーメンスメディカルシステム株式会社 松田章子

【目的】心臓壁運動の新しい評価方法として開発された Velocity Vector Imaging (VVI)は、心室壁の動きをベクトルで表現することで、視覚的に心筋組織の移動方向と速度をとらえることができ、より正確な心筋運動の評価方法として期待されている。今回我々はこの VVI を用い、正常胎児での心筋の動態パターンを解析し、先天性心疾患例と比較することを試みた。

【対象および方法】妊娠 23 週から 34 週までの正常単胎妊娠 10 例、および妊娠 31 週の Ebstein 奇形合併胎児 1 例を対象とした。胎児の心臓の 2D 画像(四腔断面像)を超音波診断装置セコイア(Mochida Siemens Medical Systems Co., Ltd.)を用い取り込み、VVI 法で左右心室の心筋の動きをベクトル表示させ、動態観察を行った。

【結果】妊娠 23 週では右室が左室に比較し収縮開始時期が早く、妊娠 28 週頃よりその時期が一致するようには思われた。正常胎児では左右の心室が対症的に協調して収縮することが示唆された。また Ebstein 奇形の心臓では、正常心臓と違い、心室中隔は左室にひっぱられる様な動きが観察された。

【結論】心筋の発達には右室優位ですすむとされる従来の報告と一致することが示唆された。また心奇形症例では特有の心筋壁の動きを観察することができた。VVI は新しい胎児心臓機能評価法として今後期待できるものと思われた。

4D-STIC with inversion mode を用いた胎児大血管の走行の評価

香川大学

森 信博、野口純子、花岡有為子、金西賢治、山城千珠、田中宏和、塩田敦子、柳原敏宏、秦 利之

[目的] 4D-STIC with inversion mode を用い、胎児大血管を描出することを目的とした。

[方法] 妊娠 16-37 週の正常胎児 13 例、および先天性心疾患をもった胎児 7 例(両大血管右室起始症 1 例、ファロー四徴症 1 例、大血管転移症 1 例、肺動脈低形成を伴った心室中隔欠損症 1 例、左心低形成症候群 3 例)を対象とした。4D-STIC with inversion mode を用い、胎児大血管の走行の評価を行った。

[結果] すべての胎児で大血管の走行を同定することが可能であった。正常胎児では肺動脈が大動脈の前方を走行する様子を明瞭に描出することができた。両大血管右室起始症では右心室から肺動脈と大動脈が平行に走行する様子が鮮明に描出された。ファロー四徴症と心室中隔欠損症では細い肺動脈を描出することができた。大血管転移症では両大血管が平行して走行する様子を描出できた。左心低形成症候群では細い大動脈が明瞭に同定できた。

[結論] 4D-STIC with inversion mode は胎児大血管の走行を評価する有用な診断法であることが明らかとなった。

多脾症候群の出生前診断における STIC 法の有用性について

島根大学

青木昭和、石原とも子、石川雅子、片桐敦子、今村加代、折出亜希、中山健太郎、
金崎春彦、宮崎康二

胎児心・血管異常においては、その出生前診断所見が、出生後の管理・治療に非常に有用な情報となる。今回我々は spatio-temporal image correlation (STIC) 法を用いて胎児における多脾症候群(left isomerism)を観察し、詳細な所見を得たので報告する。【症例】3 回経妊 2 回経産の妊婦。妊娠 29 週にて胎児心臓の異常に気づき当科紹介となった。超音波検査法にて、胃泡は左、心臓軸は dextrocardia、下行大動脈は左側に位置していた。大動脈右側に伴行する拡張した静脈性血管を認め、右気管支レベルまで上行しこれに騎乗した後 SVC に合流している事から奇静脈と判断。下大静脈はこの奇静脈と結合していた。肝静脈は直接右房に流入し、臍静脈からの静脈管は肝静脈に合流していた。臍帯静脈は persistent right umbilical vein の形で腹腔内に進入していた。また脾臓は胃泡の背側に分葉状に複数個認められた。心臓・大血管については 4 腔断面レベルで double vessel image を認め、心内構造は肺動脈閉鎖を伴う単心房・単心室(痕跡的右室)と診断した。更に STIC 法 inversion mode にて動脈管周囲と気管支を観察したところ、左右肺動脈への血流が動脈管を介して供給されている状態、拡張した奇静脈が右気管支を騎乗して SVC に合流する様子、更に右気管支の左気管支化が立体的に確認された。また房室弁の立体的観察にも STIC 法は有用であった。【結語】多脾症候群のような心血管系複合奇形の場合、立体的把握が必要であり STIC 法により診断効率が上昇した。

出生前における胎児耳介低位の診断法について

島根大学

石原とも子、青木昭和、石川雅子、片桐敦子、今村加代、折出亜希、中山健太郎、
金崎春彦、宮崎康二

【はじめに】耳介付着部の正常位置は解剖学的には両内眼角を結ぶ水平断面(eyeline)より低位となる事はない。しかし、その出生前診断については現在までのところの詳細な報告はない。今回、我々は超音波検査法による胎児耳介低位の出生前診断法について検討した。【対象及び方法】生後に耳介低位を確認した 6 症例(異常群)と異常を認めなかった妊婦 40 例(正常群)を対象とした。超音波断層法により、妊娠 17-36 週の期間に胎児の耳介頭側尖端(A 点)と頭頂骨・側頭骨間の骨縫合線(PT-S)の位置関係を観察した。異常群の内訳は 21 trisomy 2 例、全前脳胞症 2 例(複合奇形 1 例、単独 1 例)、13 trisomy 1 例、コルネリア・デ・ランゲ症候群 1 例であった。【結果】正常群・異常群いずれも全例で耳介像および A 点、更にその内側の PT-S が明瞭に認められた。また正常群では妊娠 17 週以降、全例、耳介頭側尖端(A 点)は PT-S の上に位置していた。一方、異常群では 5 例で A 点は TP-S の下に位置し(最大で 5mm)、1 例で同レベルであった。A 点が PT-S 以下にある場合を耳介低位とした場合の診断率は sensitivity 100%、specificity 97.5%、PPV 85.7%、NPV 100%、positive likelihood ratio 40, negative likelihood ratio 0 であった。【結論】出生前では両内眼角を結ぶ水平断面(eyeline)の代用として、頭頂骨・側頭骨間の骨縫合を基準とする事により、週数に依存する事なく耳介低位の出生前診断が可能であった。

胎児腹腔内臍静脈の拡張を認めた症例について

山口赤十字病院

高橋弘幸 金森康展, 辰村正人

【緒言】我々は胎児腹腔内臍静脈瘤(Fetal intra-abdominal umbilical vein varix: FIUV varix) 4例と拡張を認めた1例を経験したので紹介する。【症例1】33才, G1・P1, 34週5日, 近医で腹腔内臍静脈に接する嚢胞状の腫瘤を指摘され当院紹介。19mmの球形の腫瘤が臍静脈に接して存在, 内部に血流を認めた。胎児発育が不良で, 39週3日, 2196gの女児を経膣分娩。【症例2】35才, G0・P0, 体外授精でMD双胎。31週2日, 後続児に臍静脈の紡錘状の拡張12mmを認めた。32週3日, 先進児も臍静脈に径16mmの瘤を認めた。37週1日, 選択帝切で2484g (varix) と2078g (拡張) の男児を出産。【症例3】27才, G0・P0, 自然でMD双胎。33週3日, 先進児の臍静脈が門脈を分岐する手前で径11mmと瘤状に拡張。拡張した部分から多数の静脈が分岐し静脈管の狭窄を疑った。37週3日, 選択帝切で2516g (varix) と2088g の男児を出産。【症例4】32才, G2・P0, 体外授精でDD双胎。31週6日, 先進児に臍静脈の棍棒状の拡張18mmを認めた。36週2日, 選択帝切で2414g (varix) の男児と2088g の男児を出産。【結語】今回の症例では予後は良好であったが, FIUV varixは胎内死亡率が高いとの報告もあり, 今後の症例の集積が待たれる。

出生前診断し得た Berry 症候群の一例

愛媛大学

尾藤安奈、松原裕子、片山富博、藤岡 徹、松原圭一、伊藤昌春

【諸言】Berry 症候群は①大動脈肺動脈窓 aorto-pulmonary window (APW) ②右肺動脈上行大動脈起始 right pulmonary artery (RPA) ③大動脈弓離断 interruption of aortic arch (IAA) ④動脈管開存症 patent ductus arteriosus (PDA) ⑤Intact ventricular septum を特徴とする疾患である。1982 年に Berry らが初めて報告した非常に稀な疾患で、現在までに出生前診断された報告はない。

【症例】30 歳、6 回経妊 3 回経産。妊娠 26 週 4 日、超音波断層法にて AP window・IAA、妊娠 28 週 4 日、RPA を確認し Berry 症候群と診断した。妊娠経過は順調で、他の合併奇形を認めなかった。妊娠 40 週 0 日自然陣痛が発来し、2668g の女児を Apgar score 8/8、pH 7.381 で正常経膣分娩した。NICU における心エコー検査でも同様に APW・IAA・RPA を認め Berry 症候群と確定診断した。直ちに PGE1 持続投与を開始、高肺血流に対して head box による窒素吸入療法 (FiO₂:0.19) を施行した。生後 2 日、両側 pulmonary artery-banding 施行、生後 13 日、根治術を施行し現在経過順調である。

【考察】本疾患に対する出生後速やかな治療には出生前診断が重要である。

出生前診断された先天性胆道拡張症の一例

岡山医療センター

多田克彦，小平雄一，塚原紗耶，今福紀章，立石洋子，高田雅代，中西美恵

同 小児外科：岩村喜信，

放射線科：渡部 茂

【緒言】近年，先天性胆道拡張症（CBD）や胆道閉鎖症（BA）といった胆道系異常症例の出生前診断例が増加してきている。今回我々は，妊娠 22 週で CBD あるいは BA と診断した症例を経験したので報告する。【症例】妊娠 22 週 0 日の胎児。妊娠 18 週の胎児エコーで胎児上腹部に嚢胞を認めた。妊娠 21 週の時点でも同様の所見で紹介となった。超音波検査にて上腹部中央，肝臓の直下に $2.3 \times 1.6 \times 1.4$ cm 大の上下に長い胃とは連続性のない嚢胞を認めた。嚢胞の形態は特徴的で，嚢胞の頭側には肝臓側に向かって乳頭状の突起が認められ，総肝管と考えられた。胆嚢は確認できなかった。嚢胞の局在部位，形態的特徴より CBD あるいは BA I cyst 型が疑われた。以後嚢胞のサイズ，形態は変化なく経過し，妊娠 32 週の検査では胆嚢と思われる管状構造物が確認された。妊娠 36 週に MRI 検査を行い超音波検査とほぼ同様の所見が得られた。妊娠 38 週 5 日に 2688g の女児が正常分娩となった。出生後の便の性状は灰白色でなく，黄疸もないため CBD として経過観察中である。【考察】肝門部に乳頭状突起構造をもつ嚢胞を認めた場合，CBD あるいは BA I cyst 型のいずれかの可能性が高い。胎児期での両者の鑑別は不可能であるが，いずれであっても予後は良好な疾患である。妊娠継続にあたっては小児外科医を交えて家族と十分なコミュニケーションをとる必要がある。

内部に血流を含んだ Amniotic sheets の一例

岡山大学 産科・婦人科¹⁾ 保健学研究科²⁾

岡崎倫子¹⁾、井上誠司¹⁾、赤堀洋一郎¹⁾、沖本直輝¹⁾、増本由美¹⁾、瀬川友功¹⁾、

増山 寿¹⁾、平松祐司¹⁾、中塚幹也²⁾

Amniotic sheets は超音波上で子宮腔を横切るように描出される膜状構造物であり子宮腔内の癒着部位を羊膜、絨毛膜が覆ったものと考えられている。今回われわれは、Ashermann 症候群と診断されたのちに自然妊娠し、妊娠初期より子宮内の索状構造物を認め、経過中に内部に血流を認めた Amniotic sheets の一例を経験したので報告する。症例は 36 歳、3 経妊 0 経産。3 回の開腹子宮筋腫核出術の既往がある。不育症の精査加療目的にて当科外来を受診、抗 PEIgM 抗体および抗 PT 抗体陽性であった。子宮卵管造影検査にて子宮内腔に欠損像を認め、Ashermann 症候群と診断された。子宮鏡下手術を予定していたところ、自然妊娠が判明した。妊娠 5 週よりヘパリン皮下注射、アスピリン内服による抗凝固療法を開始した。妊娠 7 週の超音波検査にて、子宮壁から連続する胎嚢内に突出した構造物を認めた。その後、子宮前壁から後壁を結ぶ索状物を認めるようになり、パルスドプラ法にて内部に両方向性の血流が確認された。妊娠 22 週より癒着部位に一致した左下腹部痛を認めるようになり、症状が頻回となったため妊娠 27 週に管理目的に入院となった。入院後、塩酸リトドリン内服および安静にて症状は改善、胎児発育は順調であり、索状癒着の所見も経過中著変なく、現在も妊娠継続中である。その後の経過および若干の文献的考察を加えて報告する。

胎児母体間輸血症候群による重症胎児貧血の2症例

倉敷中央病院

堀川直城、横内 妙、村上優子、大塚由有子、森本明美、宇佐美知香、内田崇史、
福原 健、中堀 隆、本田徹郎・高橋 晃、長谷川雅明

胎児母体間輸血症候群（Fetomaternal hemorrhage : FMH）は何らかの原因で胎児血が経胎盤的に母体血中へ流入することにより胎児に貧血を生じ様々な病態を呈する疾患である。

【症例1】34歳、1経妊1経産。妊娠39週4日、助産院での妊婦健診時NSTにて90bpmの遷延性徐脈を認め当院へ母体搬送となった。緊急帝王切開にて2994gの女児が出生、AS 1/3であった。児のHb3.0g/dl、母体血のHbF 7.9%、AFP 371ng/mlでありFMHと診断し新生児輸血や脳低温療法を施した。頭部MRIにて両側大脳白質に嚢胞性脳軟化症を認めたが、経口哺乳可能となりリハビリテーションを続けながら外来通院中である。

【症例2】34歳、1経妊1経産。妊娠40週4日、他院での妊婦健診時NSTにてsinusoidal patternを認め当院へ母体搬送となった。胎児に胸水を認め、MCA-PSV が約1.5MoMであり胎児の重度貧血が疑われ緊急帝王切開を施行した。2712gの女児が出生、AS8/8であった。児のHb 3.8g/dl、母体血のHbF2.0%、AFP3114ng/mlでありFMHと診断した。新生児輸血を施し経過は良好であった。【考察】胎児機能不全にて出生した児が原因不明の高度貧血を呈する場合、FMHを念頭に母体血のHbF、AFPを測定することが有用である

経膣分娩を行った子宮内胎児死亡を伴った常位胎盤早期剥離の1例

済生会下関総合病院

田邊 学、高崎彰久、水本久美子、丸山祥子、菊田恭子、嶋村勝典、森岡 均

産婦人科診療ガイドライン産科編2008年では、「常位胎盤早期剥離による子宮内胎児死亡の場合、DIC評価・治療を行いながらの人工破膜・オキシトシン等を用いた積極的経膣分娩または帝王切開を行いながらのDIC評価・治療をすることを勧める」となっている。今回このガイドラインに沿って、経膣分娩を試みたので報告する。

症例は36歳の経産婦。妊娠後期より当院で妊娠管理し、妊娠経過に特に異常は認めなかった。妊娠36週3日、腰痛、胎動消失で受診した。超音波検査で常位胎盤早期剥離による子宮内胎児死亡の診断で入院となった。内診所見は頸管開大度3cmで、子宮収縮は2～3分毎に認めた。入院時貧血、FDP上昇、fibrinogen低下があり、産科DICスコアは7点だった。ダブルセットアップで経膣分娩を試みる方針とし、人工破膜施行、アトニンの持続静注を開始した。分娩誘発開始2時間10分後、経膣分娩にて死児を娩出した。分娩時出血が1860g、分娩後2時間で900ml出血した。DICの診断のもと、AT-Ⅲ製剤、FOY、FFP12単位、MAP8単位を投与した。翌日には全身状態も安定し、分娩5日後に退院となった。

当院での過去5年間の常位胎盤早期剥離は40例で、子宮内胎児死亡例は7例だった。経膣分娩の本症例と、帝王切開の6例を比較したところ、出血量の増加やDICの悪化は認めなかった。

重積発作にて termination を余儀なくされたてんかん合併妊娠の一例

岡山大学

延本悦子 岡崎倫子 政廣聡子 岸本桂子 赤堀洋一郎 沖本直輝 井上誠司 住田由美
瀬川友功 増山 寿 平松祐司

症例は 24 歳, G1P0, てんかんにて当院小児神経科通院し内服にてコントロール中, 市販薬陽性のため当科紹介となり, バルプロ酸を減量し外来フォローとなった。妊娠 28 週 1 日頭痛, めまいを訴え精査目的に当科入院。脳波, 頭部 MRI 等精査を行うが, 異常所見を認めず退院。軽いてんかん発作を認めるものの妊娠経過は良好であった。妊娠 35 週 2 日夜より数時間毎に全身痙攣発作を認め, バルプロ酸を追加内服したが改善せず左半身に麻痺を認めたため, 翌日近医へ救急搬送となった。頭部 MRI の DWI 像にて右後頭葉を中心に高信号領域を認め, 脳梗塞が疑われ当院へへり搬送となる。搬送中も数度の強直間代痙攣が出現。当院にて脳波と頭部 MRI を再度施行。MRI にて右後頭葉から右側頭葉に皮質優位に FLAIR, DWI にて高信号でてんかん重積発作による脳虚血が推測された。片側のみの病変であり, MRA, MRV にて動脈の途絶や血栓はなく高血圧性脳症, RPLS (reversible posterior leukoencephalopathy syndrome), 脳梗塞, 静脈洞血栓症は否定的であった。同日全身麻酔下に緊急帝王切開術施行し 2381g, AS6/9, 男児分娩。その後はプロポフォールにて鎮静のまま ICU 管理となり, 翌日昼過ぎ抜管。術後 2 日目脳波および頭部 MRI 施行。頭部 MRI で DWI での高信号域の改善を認めた。左半身の麻痺も徐々に改善, 術後経過良好で, 術後 8 日目小児神経科転科し薬物コントロールおよび精査を行い, 術後 15 日目に退院となる。現在軽いてんかん発作を認めるものの, 日常生活には問題無く小児神経科にて引き続きフォロー中である。

S 状結腸癌合併妊娠の一例

川崎医科大学 産婦人科¹、同 消化器外科²

寺嶋由佳理¹、張 良実¹、佐野力哉¹、石田 剛¹、潮田至央¹、潮田まり子¹、中村隆文¹、
岡 保夫²、山下和城²、下屋浩一郎¹

妊娠中の結腸直腸癌は、非常にまれな疾患であり、頻度は全妊娠でおおよそ 0.1-0.001%と言われている。我々は、S 状結腸合併妊娠を経験したので報告する。症例は 34 歳、1 経妊 0 経産、既往歴に特記事項なかった。家族歴は父方の祖父が胃癌、祖母が大腸癌であった。妊娠初期より前医で妊婦健診を受け、初診時超音波検査上両側付属器に異常を認めなかった。妊娠 21 週 6 日左卵巣が径 6cm 大に腫大しており CEA 332ng/ml、CA19-9 11160U/ml、CA125 110.5U/ml と高値を認めたため妊娠 22 週 3 日当科に紹介受診となった。妊娠 23 週 5 日腹部・骨盤部 MRI 検査にて多発性肝転移性腫瘍と両側卵巣腫瘍を指摘された。卵巣癌もしくはその他悪性疾患の検索精査のため妊娠 24 週 4 日入院管理とした。便潜血認めたため上部内視鏡検査、下部内視鏡検査を行うと S 状結腸に全周性の 2 型進行癌を認めた。肝腫瘍、両側卵巣腫瘍は S 状結腸癌の転移と判断し S 状結腸癌 stage IV と診断された。27 週 6 日腹式帝王切開術、両側付属器摘出術、Hartmann 手術施行した。児は 973g、女児、Ap 7/8。術後 7 日目に消化器外科にて術後化学療法を行い現在も加療中である。今回我々は、卵巣腫瘍を契機に診断できた S 状結腸合併妊娠を経験した。妊娠初期に超音波上卵巣が正常であっても他の悪性腫瘍の転移性腫瘍となることもあることが示唆された。

妊娠中に急性膵炎を発症した一例

広島市立広島市民病院

岡田朋美、関野 和、三村朋子、西川忠暁、辰本幸子、小松玲奈、早田 桂、依光正枝、舛本明生、石田 理、野間 純、吉田信隆

【諸言】急性膵炎は、重症化すると循環不全、重要臓器不全や感染などの致死合併症を併発し死亡率が高い疾患である。今回、妊娠中に膵炎を発症した一例を経験したので報告する。

【症例】41 歳 0 回経妊。基礎疾患に高脂血症および急性膵炎の既往あり。妊娠を契機に高脂血症薬を中止し、前医にて妊婦健診施行されていた。妊娠 30 週、脂質値が上昇したため高脂血症薬を再開した。妊娠 33 週 5 日、心窩部痛、倦怠感が出現し当科受診した。血液検査では、AMY 291IU/L および T-CHO 1348mg/dl、TG 10480 mg/dl と異常高値を認めた。入院時単純 MRCP では、膵体部の腫大および、膵周囲前腎傍腔および結腸間膜根部に脂肪壊死所見を認めた。急性膵炎の診断にて、大量輸液、蛋白分解酵素阻害薬、抗生剤投与による管理を開始したが、乏尿傾向となり、血液検査データ改善なく重症化が考えられた。NST で、児は reassuring state であった。

同日、緊急帝王切開術を施行した。開腹時、多量の乳び腹水を認めた。児は 2036g、AP 6/7 点にて出生し NICU 入院となった。RDSIV 度でサーファクテン使用を要したが日齢 1 で抜管し以後経過良好であった。母体は術後 ICU 入室し術前治療に加え LDL アフェレーシスを施行し、徐々に軽快し第 18 病日に退院となった。

【考察】本症例では、妊娠経過中に高脂血症をきたし急性膵炎を発症したと考えられた。高脂血症合併妊娠では、急性膵炎を発症する可能性もふくめ妊娠管理を行っていく必要があると考える。

急性膵炎発症にて発見された胃癌合併妊娠の 1 例

岡山大学

早田 裕、岸本佳子、赤堀洋一郎、沖本直輝、井上誠司、増本由美、瀬川友功、増山 寿、平松祐司

妊娠経過中は心窩部不快感、嘔気、腰痛などマイナー症状を認めることもあるが、母児への影響を考慮して十分な検査を行えないことが多く、重篤な疾患の発見が遅れる場合がある。今回我々は妊娠中の背部痛より急性膵炎と診断され、精査によってⅣ期胃癌合併妊娠と診断された症例を経験した。症例は 30 歳、0 経妊。既往歴、家族歴に特記事項なし。自然妊娠し近医で妊娠管理されており、時々軽度の心窩部痛、嘔気を認めたためテプレノン内服されていた。妊娠 33 週に背部痛を認め同院受診、急性膵炎と診断され当科紹介となった。胎児発育は特に問題なかったが持続性の背部痛と血清アミラーゼおよび炎症反応の上昇を認めた。腹部超音波では詳細な観察が困難なため、上腹部 MRI を施行したところ傍大動脈リンパ節腫大および大網肥厚を認め、悪性腫瘍の腹腔内播種が疑われた。悪性腫瘍精査・加療のため早期に児娩出の適応と考え妊娠 34 週 4 日に緊急帝王切開術施行し 2010g、AS8/9 の男児娩出。術中消化器外科による腹腔内検索では胃に腫瘍を触知し、大網、胃周囲リンパ節は腫大、胃と膵臓とは強固に癒着しており胃原発と推測されたが外科的切除は不可能と判断され観察のみで手術を終えた。術後に上部内視鏡検査を行い進行胃癌Ⅲ型（低分化型腺癌）Ⅳ期と診断、抗癌剤治療を開始したが、癌性髄膜炎、水頭症を併発し意識レベル低下、徐々に全身状態悪化し帝王切開術後 59 日目に永眠された。

第2期遷延分娩の検討

倉敷中央病院

内田崇史、横内 妙、村上優子、森本明美、堀川直城、大塚由有子、
宇佐美知香、福原 健、本田徹朗、中堀 隆、長谷川 雅明、高橋 晃

分娩第2期は初産婦で平均50分、経産婦で20分とされるが、それ以上に遷延し対応に苦慮する症例も多い。自験例よりリスク因子や母体・新生児合併症の有無、および医療介入のタイミングにつき検討した。

2008年に経腔分娩を試み子宮口全開まで達した36週以降の単胎症例772例を対象とした。当院では時間による制限を設けずに分娩管理しているが、陣痛促進や圧出・吸引分娩も適宜施行している。

第2期遷延は110例(14%)で認め、経腔分娩既往の無い妊婦が104例と多数であった。第2期遷延により陣痛促進剤の使用(24%)や圧出・吸引分娩(35%)、高度の産道裂傷(27%)、分娩時多量出血(13%)、CTG異常(50%)の頻度が上昇したが、5分後AS7以下(2%)、臍帯動脈血pH7.1未満(3%)の頻度は増加しなかった。第2期に緊急帝王切開となったのは4例(4%)あり、骨盤位と後方後頭位が各1例、他2例では回旋異常を認めなかったが圧出・吸引での娩出が不可能であった。第1期の遷延は第2期遷延のリスクを上げたが、低身長や肥満、高齢、予定日超過、巨大児は有意なリスク因子とならなかった。

全ての遷延分娩に医療介入を要するわけではないが、CTG異常、微弱陣痛の頻度は時間経過とともに増加し、遷延症例においては適切な介入が必要と考えられる。母体出血、産道裂傷、緊急帝王切開、新生児仮死については経過時間と相関を認めず介入のタイミングについては明らかにできなかった。

子宮全摘を前提として管理した全前置嵌入胎盤の一例

鳥取県立中央病院

池野慎治、大畠順恵、岡田 誠、大野原良昌、皆川幸久

【はじめに】癒着胎盤は帝王切開時の出血により重大な結果をもたらす疾患である。出血対策として、子宮動脈塞栓や、内腸骨動脈の結紮、二期的子宮摘出、セルセイバーの準備など様々な試みがなされているが、明確なガイドラインはない。今回我々は内腸骨動脈にオクルージョンバルンを留置し、セルセイバーを術前に準備し、子宮全摘を前提として管理した全前置嵌入胎盤の一症例を経験したので報告する。

【症例】34歳、4経妊、3経産、自然流産1、第1子：正常経腔分娩、第2子：前置胎盤のため帝王切開、第3子：再帝王切開。輸血歴なし。既往歴なし。近医にて妊娠管理していたが、妊娠17週に前置胎盤癒着胎盤の疑いあり当院紹介初診。超音波検査にて前回帝王切開瘢痕部への絨毛の侵入が疑われ、MRIや膀胱鏡検査施行し、膀胱筋層までの胎盤の侵入を強く疑った。今後の挙児希望がないこと一期的子宮摘出の希望があったため、帝王切開時は胎盤の剥離を行わず子宮全摘の予定としていた。術前に、関連診療科医師と手術室スタッフとカンファレンスを行い、手術時の手順を確認した。妊娠30週に性器出血と子宮収縮を認めたため、デキサメサゾン投与開始し、子宮全摘術時の尿管損傷予防のため尿管ステントを留置した。30週2日、術前に内腸骨動脈にオクルージョンバルン留置し、帝王切開にて1233g女児を娩出した。児の娩出直後に、内腸骨動脈のオクルージョンバルンを拡張させ、子宮全摘術を開始した。膀胱粘膜に損傷なく子宮全摘を行うことができた。術中出血量は羊水込みで約2900mlだった。自己血1600ml、同種血輸血1200ml、凍結血漿6単位を必要とした。セルセイバーは使用しなかった。児はNICUに収容し、呼吸窮迫症候群のため加療した。病理組織診断は嵌入胎盤(incerta)であった。術後経過は順調で、術後7日目に退院した。現在母子ともに経過良好である。

【考察】癒着胎盤の出血対策のひとつとして術前に内腸骨動脈にオクルージョンバルンを留置する方法は、術中に血管の結紮を行うより迅速に血流遮断を行うことが可能で有用な方法の一つと考えられた。今後も症例を重ねて検討していく必要がある。

ファロー四徴症に伴う肺動脈弁欠損症の一例

倉敷中央病院

宇佐美知香、村上優子、横内 妙、大塚由有子、堀川直城、森本明美、
内田崇史、福原 健、中堀 隆、本田徹郎、高橋 晃、長谷川雅明

肺動脈弁欠損症は非常にまれな先天性心疾患であり、ファロー四徴症に合併することが多いとされている。出生直後より、気管の圧排による呼吸不全や心不全を生ずる疾患であり、予後不良であることが多い。今回我々は肺動脈弁欠損症を合併したファロー四徴症の一例を経験した。症例は33歳、0回経妊0回経産。羊水過多・胎児心奇形疑いにて妊娠26週に当院へ紹介された。初診時、児の推定体重は週数相当、AFI 46cmと羊水過多を認めた。肺動脈本幹の著明な拡張を認め、エコーでの精査にてファロー四徴症・肺動脈弁欠損症と診断、肺動脈の血流はto-and-fro patternを認めた。羊水過多に関しては、消化管閉塞を疑う所見は認めず、原因は不明であった。妊娠経過中、児の心不全徴候は認めず、成長も問題なく、早産予防目的で羊水除去を繰り返しながら経過を見た。出生後、直ちに循環・呼吸管理が必要と予測されたため、新生児科の待機の下、妊娠37週5日に帝王切開を施行、児は2648g、Apgar 6（1分）/5（5分）であった。出生後、食道閉鎖は認めなかった。児は手術室にて気管内挿管しNICUに入院したが、高設定の換気条件でもSpO₂が保てず、生後1日目に死亡した。本疾患は、出生直後より呼吸不全や循環不全を生じることが多く、出生前診断が有意義である。新生児期の根治的手術にて良好な予後をとっているものもあり、文献的考察を加え報告する。

妊娠11週で妊娠継続を断念し腹式筋腫核出術を施行した子宮筋腫合併妊娠の1例

広島大学

数佐淑恵、坂下知久、信実孝洋、藤原久也、三好博史、工藤美樹

【緒言】子宮筋腫合併妊娠はしばしば経験される。筋腫の状態や症状により妊娠経過は様々である。筋腫の増大と疼痛の増強により、11週で妊娠継続を断念し、人工妊娠中絶術後、筋腫核出術を施行した症例を経験したので報告する。

【症例】31歳、未産婦。27歳時、2cmの子宮筋腫を指摘されていた。自然妊娠したが、筋腫合併のため妊娠6週に当科紹介。初診時、子宮体下部後壁に径12cmの筋腫核、その頭側に胎嚢を認めた。妊娠7週より排尿困難感、発熱、下腹痛が出現した。妊娠9週には筋腫は径16cmに増大し、強い腰背部痛、腎盂腎炎、脱水を伴い、入院管理とした。腎盂腎炎は軽快したが、筋腫は増大傾向で発熱は遷延、疼痛も増強傾向であった。妊娠11週には子宮底は臍上二横指に至り、強い自発痛と圧痛を認め、臥位、直立歩行も困難となり、QOLが著しく低下したため、妊娠継続を断念した。子宮腔長は13cmであったが、11週3日に掻爬による人工妊娠中絶術を行なった。術後も発熱、疼痛、CRP高値が持続するため、術後7日目に腹式筋腫核出術を施行した。核出筋腫は934gで高度な赤色変性を認めた。核出術後は症状、所見ともに軽快し、術後13日に退院した。

【結語】子宮筋腫合併妊娠の多くは妊娠継続可能であるが、子宮筋腫の経過によっては妊娠予後は極めて不良となる。妊娠前の評価が望ましいが、妊娠後であっても早期介入も考慮した対応が必要と考えられる。

当科における高年妊娠の現状と 55 歳超高年自然妊娠の一例

津山中央病院

石原佳代、中山朋子、中務日出輝、河原義文

【緒言】35 歳以上の妊娠は高年妊娠とされハイリスク妊娠であり、周産期の管理は厳重に行う必要がある。今回我々は 55 歳で自然妊娠し、当科で周産期管理を行い順調に経過した 1 例を経験したので報告する。

【症例】55 歳、4 経妊 1 経産。53 歳時、他院において体外受精 - 胚移植にて妊娠成立し、妊娠高血圧症候群にて入院管理となり、高年妊娠であったため選択的帝王切開にて分娩した。今回の妊娠は自然妊娠にて妊娠成立し、胎動の自覚を主訴に妊娠 23 週 4 日に当院受診した。超音波上、胎児異常はみられず、来院時 150/90 と高血圧を認めたため、自宅安静を指示した。高血圧は一度改善したものの、妊娠 34 週より再び血圧上昇を認めたため、入院管理の方針とした。入院後血圧は安定し、経過良好であった。妊娠 38 週 5 日選択的帝王切開にて 3226g、Apgar Score 8/9 点の男児を出産した。術後の明らかな合併症はなく、経過良好で術後 8 日目退院となった。

【結語】高年妊娠では周産期死亡率、母体死亡率、染色体異常・胎児奇形の発症率は高率となり、高血圧、気管支喘息などの内科的合併症や流産、妊娠糖尿病、妊娠高血圧症候群などの産科合併症、胎児機能不全、分娩時大量出血、血栓症など分娩時の異常も増加する。今回我々は 55 歳超高年自然妊娠の一例を経験した。当科での高年妊娠の現状も合わせて報告する。

常位胎盤早期剥離症例における CTG 所見の後方視的解析

山口大学

三輪照未、村田 晋、吉富恵子、住江正大、中田雅彦、杉野法広

【目的】常位胎盤早期剥離において、CTG 所見の特徴を後方視的に検討した。

【対象】過去 10 年間に当院で分娩管理を行い、CTG 記録が可能であった常位胎盤早期剥離の 40 例。

【検討項目】(1) 日本産科婦人科学会の「胎児心拍数波形の判読に基づく分娩時胎児管理指針(案)」に則り CTG を波形別に分類した。(2) 波形分類と母体・新生児予後との関連について検討した。

【結果】(1) 波形 1~5 は、それぞれ 1:7 例 (17.5%)、2:1 例 (2.5%)、3:11 例 (27.5%)、4:13 例 (32.5%)、5:8 例 (20.0%) であった。(2) 急速遂娩の適応外であり、保存的処置で良いとされる波形 1、2、3 (A 群) と急速遂娩を要する波形 4、5 (B 群) で予後を検討した。(母体) 出血量、産科的 DIC スコア高値 (8 点以上) 率や輸血率は、両群間に有意差は無かった。単純子宮全摘術は B 群においてのみ 2 例認めた。(新生児) 臍帯動脈血 pH < 7.20 とアシドーシスを認めた症例は、A 群 ; 4/19 例 (21%)、B 群 ; 14/21 例 (67%) であり、B 群で有意に高頻度であった ($p < 0.05$)。脳性麻痺・低酸素性虚血性脳症は B 群においてのみ 3 例認めた。

【考察】CTG 異常を認めない波形 1 が 7 例 (17.5%) 認められたことから、常位胎盤早期剥離の診断には、臨床症状や超音波検査を加味することが重要であると考えられる。保存的処置や急速遂娩の準備のみで良いとされる波形 1~4 が 80% あり、管理指針のみでの方針決定は、重篤な疾患を見逃す可能性がある。波形 4、5 は、子宮摘出、新生児アシドーシス、神経学的異常に注意する必要がある。

IUGR 児の well-being の評価における Tei index の意義

岡山医療センター

小平雄一, 今福紀章, 塚原紗耶, 立石洋子, 高田雅代, 中西美恵, 多田克彦

【緒言】心機能評価法の一つである Tei index が胎児の well-being を反映していた IUGR 例を経験した。【症例 1】妊娠 29 週 2 日, 推定体重 800g (羊水ポケット 1.3cm) で紹介となった。29 週 5 日の Tei index は左室 0.54, 右室 0.54 とやや悪化を示した。30 週 1 日の CTG で高度変動一過性徐脈が頻発したが, 基線細変動は 6bpm 以上で保たれていた。その後 CTG は回復し経過観察とした。31 週 2 日には頭囲の増大を認め, 羊水ポケットも 2.3cm と増加した。胎児 well-being の改善に伴い, 同日の Tei index も左室 0.36, 右室 0.42 と入院時に比べ改善した。以後順調に経過し 36 週 2 日, 1700g で分娩となった。【症例 2】妊娠 25 週 0 日, 推定体重 590g, 羊水ポケット 1.8cm の IUGR 例。入院後 (13:00) の CTG 所見は基線 170bpm で一過性徐脈は認めず, 基線細変動は 6-10bpm であった。Tei index は左室 0.69, 右室 1.14 と悪化を示し, 4 時間後 (17:30) には左室 1.24 と極めて悪化した。同時期の CTG では, 基線が 190bpm と上昇していたが, 基線細変動は保たれ一過性徐脈の出現もなかった。以後 CTG は同様の所見で経過したにもかかわらず 21:00 に胎児死亡となった。【考察】Tei index は胎児 well-being の評価項目の一つになり得る可能性がある。

超音波断層法により検出された胎盤肥厚と周産期予後の検討

山口県立総合医療センター

中島優子, 佐世正勝, 吉永しおり, 鳥居麻由美, 讃井裕美, 古谷信三 坂口優子, 中村康彦, 上田一之

【目的】胎盤は胎児の生命維持装置として極めて重要な臓器である。今回、超音波検査により検出された胎盤肥厚と産科予後との関連について検討を行った。

【方法】平成 17 年 4 月 1 日から平成 21 年 3 月 31 日の間に当院で妊娠分娩を行った単胎妊婦 2482 名を対象とし、妊娠 16 週から妊娠 40 週に超音波断層法により胎盤の厚さを計測し、Jauniaux の報告を基に 95%tile 以上を肥厚群、胎盤肥厚を認めなかったものを対照群として比較した。検討には Mann-Whitney の U 検定と X2 乗検定を用い、危険率 5%未満を有意差ありとした。

【結果】115 例の胎盤肥厚例を認めた。分娩週数は胎盤肥厚群で有意に短縮していた。出生体重は 2 群で有意差を認めなかった。胎児心拍数陣痛図異常出現率および胎児機能不全による緊急帝王切開率は胎盤肥厚群で有意に高値であった。子宮内胎児発育不全の割合は 2 群間で有意差を認めなかった。pH 値は胎盤肥厚群で有意に低値であった。PCO2 値は胎盤肥厚群で有意に高値であった。PO2 値は 2 群間で有意差を認めなかった。アプガルスコア 1 分, 5 分値はいずれも 2 群で有意差を認めなかった。

【結論】胎盤肥厚例では胎盤の血液ガス交換機能が軽度低下している可能性が示唆された。胎盤肥厚は早期の胎盤機能不全をとらえている可能性があり、超音波検査によるスクリーニングとして胎盤の厚さを計測することは意義があると思われる。

子宮内胎児発育不全例における母体尿酸値の検討

岡山大学

赤堀洋一郎、岸本佳子、沖本直樹、井上誠司、増本由美、瀬川友功、増山寿、平松祐司

緒言：高尿酸血症は妊娠高血圧症候群(PIH)においてしばしば認められる。また、高尿酸条件下では胎盤のアミノ酸取り込みが抑制され、このことが PIH における子宮内胎児発育遅延(IUGR)の一因になっている可能性がある。と近年報告された。そこで IUGR における母体尿酸値を検討し、尿酸の胎児発育との関連を検討した。方法：2005 年-2009 年当院で管理した IUGR 症例を抽出し、後方視的検討を行った。双胎、先天奇形および染色体異常は除外した。37 週以後に出生した IUGR(IUGR-A 群 23 例)、37 週以前の IUGR(IUGR-B 群 14 例)、および PIH による IUGR 群(IUGR-C 群 24 例)の 3 群に分類した。37 週以降に出生した正常妊娠をコントロールとした(control 群 48 例)。尿酸基準値は 2.7-7.0mg/dl であった。結果：尿酸値は control 群 4.05 ± 0.97 、IUGR-A 群 5.53 ± 1.66 、IUGR-B 群 6.25 ± 1.91 、IUGR-C 群 7.12 ± 2.19 (mean $\pm$ SD)であった。control 群と各 IUGR 群には統計学的有意差を認めたが、各 IUGR 群間には有意差は認めなかった。考察：尿酸値は PIH ではやはり高く、PIH の関連しない IUGR においても基準値内ではあるが高い傾向にあった。高尿酸血症は胎児発育に対し何らかの因果関係があると考えられた。

脳脊髄器官共存培養法を用いた新生仔ラット低酸素性虚血性脳症モデルの脳傷害の評価

広島大学

田中教文、三好博史、藤原久也、工藤美樹

【目的】低酸素性虚血性脳症(HIE)は成熟児での脳性麻痺の主な原因であり、幹細胞移植はHIEに対する新たな治療法として期待される。幹細胞移植の有効性を評価するために、細胞投与の効果判定が可能である脳脊髄器官共存培養法を応用した。この新たな手法がHIEの評価法として妥当であるかを検討した。【方法】片側頸動脈結紮後に8%低酸素負荷(Levine変法)を施行した新生仔ラットから大脳皮質と胸髄のスライスを作成し、両者を接触させた共存培養組織内で脳から脊髄へ伸びる軸索数を測定した。また、同じ脳から得た検体を用いて2,3,5-triphenyltetrazolium chloride(TTC)染色を行い、大脳皮質の非傷害部の割合を計測した。侵襲の程度は低酸素曝露時間(1、2、4時間)により調節し、虚血側(虚血+低酸素負荷)と非虚血側(低酸素負荷のみ)に分けて検討した。【成績】虚血側の軸索数は1時間の低酸素曝露では 24.2 ± 17.5 ($n=6$)と保たれていたが、2時間では 2.3 ± 0.7 ($n=18$)、4時間では 0 ± 0 ($n=21$)と有意に減少した。両評価法において2時間の低酸素曝露では虚血側のみが傷害された。軸索数と非傷害部の割合には正の相関を認めた($n=33$, $p<0.0001$, $R=0.67$)。【結論】脳脊髄器官共存培養法により得た結果はTTC染色と同様に脳傷害の程度を反映していた。幹細胞移植のHIEに対する治療効果を検討する際に、脳脊髄器官共存培養法が有用であることが示唆された。

石灰化卵巣線維腫が先行し母斑性基底細胞癌症候群と診断された 1 例

山口大学

吉富恵子 末岡幸太郎 福島千加子 村上明弘 縄田修吾 杉野法広

諸言

母斑性基底細胞癌症候群 (nevroid basal cell carcinoma syndrome: NBCCS) は、PTCH 遺伝子異常による常染色体優性遺伝の疾患で、外胚葉、中胚葉系の器官に多様な異常をきたし、多発性基底細胞癌 (BCC) や異所性石灰化などを特徴とする。今回我々は石灰化卵巣線維腫の術後に多発する BCC を発症し、特異な既往歴と全身所見、家族歴から NBCCS と診断された症例を経験したので報告する。

症例

41 歳、2 経妊 2 経産。既往歴には 40 歳時に歯原性角化嚢胞手術、家族歴に母親の NBCCS がある。現病歴は健診で骨盤内腫瘤を指摘され、近医で子宮筋腫の診断のもと GnRHa 療法を行うも効果を認めず当科紹介となった。画像検査で骨盤内に約 6cm 大の石灰化した充実性腫瘍を認め、漿膜下子宮筋腫あるいは卵巣腫瘍が疑われ手術を施行した。腫瘍は左卵巣原発で、右卵巣にも 1cm 大の石灰化腫瘍を認めた。左付属器切除術、右卵巣腫瘍摘出術を施行し、病理組織診断は石灰化卵巣線維腫であった。その後顔面に多発する黒色皮疹があり BCC と診断され、特異な既往歴と CT での大脳鎌石灰化、二分肋骨など全身所見から NBCCS と診断された。

まとめ

本症例は卵巣線維腫が先行し、後にその特異な既往歴と全身所見、家族歴から NBCCS の診断に至った稀な症例である。石灰化卵巣線維腫と診断した場合は NBCCS も念頭に置く必要があると思われた。

皮様嚢胞腫に合併した卵巣原発血管肉腫の一例

川崎医科大学産婦人科 1)、 病理学教室 2)、 臨床腫瘍科 3)

佐野力哉¹⁾、潮田至央¹⁾、寺島由佳理¹⁾、石田 剛¹⁾、張 良実¹⁾、

潮田まり子¹⁾、中村隆文¹⁾、森谷卓也²⁾、山口佳之³⁾、下屋 浩一郎¹⁾

血管肉腫は血管内皮より発生する稀な肉腫で、特に卵巣原発の血管肉腫は世界的にも報告が少ない。今回我々は検診にて皮様嚢胞腫として発見され、急速な転帰となった症例を経験した。文献および病理組織学的考察を交えて報告する。

症例は 38 歳、1 回経妊 1 回経産。子宮がん検診受診時に右卵巣嚢腫を指摘されたため、精査目的にて受診となった。MRI にて 4cm 大の右卵巣腫瘍を認めたため、平成 20 年 2 月 5 日に右付属器摘出術を施行。病理組織診にて卵巣原発血管肉腫の診断となり、PET-CT、頭部 MRI を施行し、遠隔転移がないことを確認の上、同年 2 月 26 日 TAH+BSO+POM+appendectomy を施行した。追加手術での病理組織診にて左側卵巣にも同様の血管肉腫を認め、術後診断として卵巣血管肉腫 stage Ic となった。術後の病理組織診にて大網や虫垂に転移を認めず。術後経過にも異常を認めず、同年 3 月退院。以降経過観察を続けていたが、明らかな再発・転移所見は認めなかった。しかし、同年 9 月 17 日、呼吸困難感及び咳嗽出現し、多量の胸水、腹水を認めたため、入院となった。胸部 CT にては胸水以外の明らかな転移所見は認めず。胸腹水の細胞診にて class V の異型細胞を認めた。このため血管肉腫の再発と考え IL-2 を用いた免疫療法を考慮したが、腹腔内および胸腔内に病変が多発し全身状態が急速に悪化、平成 20 年 11 月 20 日永眠された。

卵黄囊腫瘍の一例

鳥取県立中央病院

岡田 誠、大畠順恵、池野慎治、大野原良昌、皆川幸久

悪性卵巣胚細胞腫瘍では、未分化胚細胞腫が最も多く卵黄囊腫瘍は比較的稀な腫瘍である。今回、我々は治療に難渋した卵黄囊腫瘍の一例を経験したので、その臨床経過を報告する。【症例・臨床所見】20歳。腹部膨満感と両下肢浮腫のため近医受診。巨大卵巣腫瘍の診断で紹介受診。CTで骨盤腔を占拠し造影効果を有する充実性腫瘍と腹・胸水の貯留を認めた。AFPが89391.2 ng/mlと著明に上昇し、悪性胚細胞腫瘍を強く疑った。

【手術所見】左卵巣から発生した腫瘍であり、表面に平滑な皮膜を認めたが非常に脆弱であり、すでに一部が破綻していた。左付属器切除・大網切除・傍大動脈リンパ節のサンプリングを行った。【細胞・組織所見】術前に370mlの血性胸水を採取し細胞診に供したが、中皮細胞と多核細胞のみで明らかな悪性細胞は認められなかった。組織学的にはSchiller-Duval体や硝子様小体を含む典型的な卵黄囊腫瘍であった。

【経過】術後、BEP療法に奏効したが奏効期間は短く、後腹膜腔・腹腔内に再燃したため、VeIP療法施行後、腫瘍切除を試みた。その後も再燃を繰り返し、2回の追加手術と化学療法を要した。

当院で経験した卵黄囊腫瘍3例

中国労災病院

広岡由実子、村上隆介、北島光泰、槇野洋子、澤崎隆、勝部泰裕

卵黄囊腫瘍は、若年者に好発する稀な腫瘍である。悪性度は極めて高いが、近年の化学療法の進歩に伴い、その予後は劇的に改善されている。今回我々は、3例の卵黄囊腫瘍を経験したので報告する。

【症例1】20歳、腹満感と腹痛のため当科を受診。超音波検査にて10cm大の充実性卵巣腫瘍を認め（AFP:28,390ng/ml、CA125:171.7U/ml）、右付属器切除術、大網部分切除術を施行した。術後病理診断はIc(b)期であり、BEP療法を4コース施行し、術後9ヶ月現在再発所見を認めない。【症例2】30歳、腹満感のため当科を紹介受診。超音波検査にて10cm大の充実性卵巣腫瘍を認め（AFP:1,600ng/ml、CA125:8.2U/ml、CA19-9:175.5U/ml）、左付属器切除術、大網部分切除術を施行した。術後病理診断はIc(b)期であり、BEP療法を3コース施行し、術後8ヶ月現在再発所見を認めない。【症例3】16歳、下腹部腫瘍の自覚と下腹部痛の出現により当科を受診。超音波検査にて新生児頭大の充実性腫瘍を認め（AFP:50,000ng/ml、CA125:110U/ml）、左付属器切除術、大網部分切除術を施行した。大網にも転移を認めたためIIIc期と診断。PVB療法5コース施行し、術後15年経過した現在も再発所見を認めず、経過良好である。

重篤な肺血栓塞栓症を引き起こした卵巣明細胞腺癌の一例

岡山大学

河合清日、政廣聡子、本郷淳司、楠本知行、関 典子、中村圭一郎、児玉順一、平松祐司

〔症例〕54歳

〔主訴〕呼吸苦

〔妊娠歴〕2経妊2経産

〔現病歴〕1年前から下腹部痛、4ヶ月前から下肢浮腫・腹部膨満感が出現。頻尿・残尿感のため近医を受診、左卵巣腫瘍を指摘され、前医を紹介入院された。入院翌日呼吸苦出現、酸素飽和度の低下・CTで胸水貯留を認め、翌々日当院へ搬送された。

〔来院時現症〕心拍数124/分 血圧101/73mmHg 呼吸数24回/分、酸素飽和度60%、呼吸音は両側下肺野で聴取されなかった。

〔血液検査所見〕白血球増多と貧血、D-dimer 上昇を認めた。

〔画像所見〕胸部Xpでknuckle signと胸水貯留、心エコーで右心系負荷所見を認めた。造影CTで両側胸水貯留と両側肺動脈・両側下肢静脈に血栓、左卵巣腫瘍を認めた。

〔経過〕卵巣腫瘍・肺血栓塞栓症の診断で、胸水穿刺・持続ドレナージ施行、ヘパリン投与を開始した。腫瘍マーカーはCEA CA19-9 CA125 CA72-4が高値、骨盤MRIで造影される充実部分を含む嚢胞性腫瘍と腹水貯留を認め、卵巣癌が疑われた。

第2病日に下大静脈フィルター挿入し、ワーファリン開始、全身状態安定し、第13病日左付属器切除術を行い、腹水細胞診が陽性より卵巣明細胞腺癌Ⅰc期相当と診断された。術後TC療法を4コース行い、単純子宮全摘・骨盤内・傍大動脈リンパ節郭清・大網切除術を行った。腫瘍の残存は認めず、術後TC療法2コース行い、現在経過観察中である。

卵巣悪性腫瘍に脳梗塞を併発した1症例

- Trousseau 症候群の疑い -

JA 尾道総合病院 産婦人科1)、 脳神経外科2)

江川美砂¹⁾ 中郷賢二郎¹⁾ 藤東猶也¹⁾ 佐々木克¹⁾ 松岡敏夫¹⁾ 門田秀二²⁾

悪性腫瘍を基礎疾患とし脳血管に血栓を生じ神経症候を呈するものを Trousseau 症候群という。卵巣悪性腫瘍に脳梗塞を併発し、術中の多量出血に苦慮した症例を経験したので報告する。症例は64歳で既往歴なし。急性腹症および発語困難にて救急外来を受診した。胸腹部CTで左卵巣腫瘍と診断、頭部MRIで小脳、左内脳の梗塞があり脳梗塞と診断した。脳外科紹介後に低分子デキストランを投与しながら緊急開腹術を施行した。開腹所見は左卵巣が10cm大に腫大しダグラス窩とS状結腸に癒着していた。子宮、右卵巣は肉眼的に正常所見であった。その他の部位に癒着や肉眼的播種所見はなかった。腫大した左卵巣には充実性部分を認め悪性と考えたため単純子宮全摘および右付属器切除も行った。その際左卵巣腫瘍剥離面からの出血が多量で、術中出血が計1800gに達し、輸血を要した。術後の病理診断で類内膜腺癌であった。術後一時的に抗凝固療法を行ったが、術後の頭部MRIにて悪化所見は認めなかったため Trousseau 症候群と考え、抗凝固剤も中止しリハビリのみで経過観察を行った。

現在は卵巣腫瘍に対し抗がん剤治療を施行中であり、脳梗塞の後遺症はほとんど認ない程度まで改善している。

当科で経験した悪性卵巣腫瘍合併妊娠の2例

徳島大学

山本哲史, 加地 剛, 桑原 章, 前田和寿, 松崎利也, 古本博孝, 苛原 稔

妊娠中の卵巣腫瘍の中には稀に悪性腫瘍のことがあり、多くが胚細胞腫瘍や境界悪性腫瘍である。当科においても近年腹腔鏡手術が選択されるケースが増加しているが、術前に悪性が疑われる場合には適応から除外している。2001年以降、当科で手術を施行した卵巣腫瘍合併妊娠24例のうち2例(8.3%)に悪性腫瘍を経験したので報告する。

症例1は24歳初妊婦。術前のMRIより悪性腫瘍が疑われたため、妊娠16w3dで右子宮付属器摘出術、虫垂切除術、大網切除術を施行した。術中および術後病理診断にて粘液性嚢胞腺癌Iaの診断であった。妊娠40週で帝王切開分娩に至った。術後5年が経過するも、再発兆候を認めていない。症例2は28歳初妊婦。術前のMRIでは悪性を示唆する所見無く、妊娠14w6dで腹腔鏡下右卵巣嚢腫摘出術を施行した。術後病理診断にて境界悪性粘液性腫瘍の診断であった。追加手術についても十分説明したが、患者、家族は経過観察を希望した。妊娠40週で経膈分娩に至った。その後第2子も分娩し、術後2年が経過するも、再発兆候を認めていない。

術前診断にMRIが有用であるが、可能な限り術中迅速病理診断を併用することが望ましいと思われる。また、良性腫瘍を疑い腹腔鏡手術を施行する際にも、悪性腫瘍であった場合のデメリットについて十分説明しておく必要があると思われる。

急性腎不全のため血液透析後に手術および化学療法を施行した卵巣明細胞腺癌の1例

広島大学

高本晴子、藤原久也、山本弥寿子、平田英司、三好博史、工藤美樹

急性腎不全のため血液透析を導入し、腎機能の改善後に手術、化学療法を施行した卵巣明細胞腺癌の1例を報告する。55歳、4経妊2経産、52歳閉経。数ヶ月前より下腹部痛と食欲不振を認め、増強したため前医を受診し卵巣腫瘍と診断され造影CTを施行した。下腹部痛に対しジクロフェナクナトリウム坐剤50mgを断続的に使用した。3日後に当科紹介初診し、PS4の状態ですぐ入院した。MRIで10cm大の充実部分を持つ嚢胞性腫瘤を認め、CA125:20655 U/ml、CA19-9:1106210 U/ml、CEA:200.3 ng/mlが高値であり右卵巣癌を推定した。入院時200ml/日の乏尿でBUN:83.3 mg/dl、Cr:3.71 mg/dl、急性腎不全と診断し血液透析を2回行った。透析開始4日目にBUN:31.0 mg/dl、Cr:1.10 mg/dlとなり手術を行った。腹膜炎の状態、乳白色調の膜状物が腹腔内の広範囲に付着し、右卵巣腫瘍は骨盤壁に強固に癒着し破綻していた。腹式単純子宮全摘出術、両側付属器摘出術、骨盤リンパ節郭清術、大網切除術を施行し、卵巣明細胞腺癌Ic(a)期と診断した。術後の腎機能は正常で、TC療法を施行中である。本症例は、卵巣癌による脱水状態に造影剤や鎮痛剤の使用により急性腎不全が発症したと考えられた。

周術期管理を工夫した 43kg におよぶ巨大卵巣腫瘍の一症例

中電病院

小出千絵、秋本由美子、三春範夫、新谷可伸、豊福 彩、長谷川康貴

巨大卵巣腫瘍は手術により循環および呼吸動態に影響を与えるため周術期管理に苦慮することが多い。今回我々は、術前に腫瘍内容液をドレナージすることにより重篤な合併症を起こさずに摘出しえた症例を経験した。

症例は 44 歳、未婚未妊。5 年前から下腹部膨満感を自覚していた。症状増強のため近医を受診したところ、CT で腹部全体を占拠する単房性内部均一な腫瘍を指摘され当科紹介となった。巨大腫瘍により横隔膜は強く圧排挙上され、肺機能は肺活量 1.87L・%VC 66%と低下し、肋骨骨折と胸郭変形も認めた。巨大腫瘍の摘出による再拡張性肺水腫など呼吸機能低下や、循環動態の急激な変化が考えられたため、術前に腫瘍内容液のドレナージを施行した。腹腔内への漏出を防ぐため S.A.N.D. balloon catheter®を用いて経腹的に卵巣腫瘍を穿刺した。腫瘍が弛緩し変形するため、以後は穿刺部位を変えながらドレナージを継続し 6 日間で 35.9L を除去した。開腹すると腫瘍は左卵巣原発で横隔膜下まで伸展し壁は著しく肥厚していた。腹腔内に明らかな異常所見を認めず、左付属器摘出術を施行した。摘出組織は 4.6kg で、術前後の体重差から腫瘍の総重量は 43kg と推定された。術後病理診断は mucinous cystadenoma であった。術後の循環および呼吸状態は安定しており術後 11 日目に退院できた。

進行卵巣癌における Interval debulking surgery (IDS) の意義に関する検討

鳥取大学産婦人科，がんセンター*

浪花 潤，島田宗昭，野中道子，上垣憲雅，佐藤慎也，大石徹郎，板持広明，原田 省，
紀川純三*

【目的】進行卵巣癌において腫瘍減量を目的とした Interval debulking surgery (IDS) が試みられている。本研究では、IDS の意義を知ることを目的とした。

【方法】当科では 2000 年以降、初回手術時に複数箇所の腸管切除を必要とする場合には、化学療法後の IDS を選択している。2000 年から 2006 年の間に当科で卵巣癌根治術（両側付属器摘出術、子宮摘出術、大網切除術、後腹膜リンパ節郭清および播種病変の可及的切除）を行った進行卵巣癌患者 71 例（Ⅲ期 55 例、Ⅳ期 16 例）を対象とした。Primary debulking surgery (PDS) を施行した 31 例と IDS を施行した 40 例とに分けて比較検討した。

【成績】累積 5 年生存率は PDS 群で 45%、IDS 群で 26%であり両群に有意な差を認めなかった。手術完遂率は、PDS 群では 71%、IDS 群では 92%であり IDS 群で有意に良好であった。optimal surgery が施行された症例（残存腫瘍径 1cm 未満）の 5 年生存率は PDS 群 (n=22) が IDS 群 (n=37) に比して有意に良好であった (71% vs. 26%)。suboptimal surgery 施行例では PDS 群 (n=9) と IDS 群 (n=3) との間に差を認めなかった (0% vs. 33%)。腸管切除率は、PDS 群で 12%、IDS 群で 30%であった。術中出血量および手術時間はいずれも両群間に差を認めなかった。

【結論】IDS 群では手術完遂率が上昇し、PDS 群と比較して予後に差はみられなかったことから IDS の有用性が示唆された。

エストロゲン産生が認められた増殖性ブレンナー腫瘍の一例

小郡第一総合病院

成松昭夫

（目的）エストロゲン産生が認められた卵巣の増殖性ブレンナー腫瘍の1例を経験したので報告する。（症例）72歳、2回経妊2回経産。乳腺症による乳房痛のため当科を受診した。下腹部に直径13cmの充実性腫瘍とエストロゲン値の上昇(35pg/ml)、腔細胞診の maturation index (MI) の左方移動を認め、ホルモン産生腫瘍を疑い単純子宮全摘および両側付属器切除術を施行した。腫瘍は左卵巣由来で、移行上皮に類似した上皮を有し乳頭状増殖が認められるものの異形成や間質浸潤がないことから増殖性ブレンナー腫瘍と診断した。子宮体部の内膜腺はエストロゲン作用で microcystic に拡張していた。腫瘍摘出後、速やかに臨床症状は改善しエストロゲン値は年齢相応の測定感度以下になり、腔細胞診の MI も左方移動したことから本腫瘍が女性ホルモンを産生していたものと判断した。（結論）ブレンナー腫瘍はホルモン非産生腫瘍と考えられているが、本例のようにエストロゲンを産生することがある腫瘍である。このため、診断や治療に際してはエストロゲン作用による子宮内膜の腫瘍性変化に留意する必要があるとともに、手術の際はブレンナー腫瘍の半数以上が腫瘍径2cm以下で両側性であることを加味し、健常側卵巣の詳細の検索が必要で有る

子宮癌検診報告様式へのベセスダ方式導入にあたって

高知大学

小栗啓義，前田長正，深谷孝夫

【はじめに】子宮癌検診報告様式として新日母分類（医会分類・ベセスダシステム 2001 準拠）が平成 20 年 10 月に発表された。当院では 2009 年 1 月よりベセスダ・クラス分類併記の形での報告様式を開始した。また、高知県では 2009 年度中に住民検診への新日母分類に準じた報告様式の導入を計画中である。

【検討項目】（検討 1）2009 年 1 月～5 月における当院での ASC 症例の数とその診断転帰（検討 2）2009 年 5 月時点での細胞診報告様式変更にたいする意識調査

【結果】（結果 1）子宮頸部細胞診検体数（重複あり）956 例に対して、ASC-US:13 検体（10 症例）、ASC-H:5 検体（4 症例）であった。ASC-H 4 症例の内訳は、no malignancy1 例、CIN3 が 2 例、1 例経過観察中であった。

（検討 2）①産婦人科医 21 名、病理医 3 名、細胞検査士 8 名、その他 3 名の 35 名からアンケートの回答を得た。②ベセスダ分類の認知度は 100%であった。③ASC の認知度は 94.3%であった。④ベセスダ方式の導入に際しては 74.1%が旧クラス分類との併記を望んでいた。

【結論】今回当院で ASC と診断された症例は 1.9%であり、予想されたよりも低い割合であった。アンケート結果からも医師、細胞検査士ともにベセスダ分類への対応に対しては経験不足がうかがわれ、今後さらに研修会や検討会等による啓蒙、研修の必要性が示唆された。

子宮頸部に著明な多発性嚢胞を認めた LEGH の一例

松江市立病院 産婦人科 1) 臨床検査科 (病理) 2)

山内延広¹⁾、木山智義¹⁾、田頭由紀子¹⁾、高尾成久¹⁾、入江 隆¹⁾、吉田 学²⁾

分葉状頸管腺過形成 (Lobular endocervical glandular hyperplasia, LEGH) は子宮内頸部に発生する過形成病変であり、悪性腺腫 (最小偏奇腺癌) に類似した良性疾患である。しかしながら、LEGH は悪性腺腫との鑑別が困難であり、腺癌を合併する症例もまれではない。今回、子宮頸部に大小の嚢胞が多発し、急速に増大した LEGH の 1 例を経験したので報告する。症例は 43 歳、4 経妊 4 経産。水様性帯下を主訴に受診。初診時、子宮頸部は鶏卵大に腫大し、著明な水様性帯下を認めた。超音波および MRI 検査で子宮頸部に大小多数の嚢胞性病変がみられ、嚢胞の最大径は 5.2cm であった。細胞診では、出血性背景に表層から中層系細胞と化生細胞がみられるのみで、腺異型は認めず、また、LEGH や悪性腺腫に特徴的な黄色の色調を呈する細胞質内粘液はみられなかった。生検では悪性腺腫の可能性を否定できない軽度の異型腺上皮がみられるも、明らかな腺癌細胞は認めなかった。子宮頸部は経過とともにさらに増大したため、円錐切除術は不可能と判断。臨床所見と経過から悪性腺腫の可能性が否定できず、広汎子宮全摘術を施行した。術後の病理検査では、拡張した粘液腺とその周囲に類器官様の分布を示す中・小の幽門腺型の粘液腺を認めた。細胞異型は軽度から中等度であり、間質反応を伴うような明らかな浸潤とする所見や脈管侵襲も認められず、リンパ節にも転移は認めなかった。以上より、LEGH と診断した。LEGH は悪性腺腫の前駆病変との報告もあり、今後も経過観察が必要と思われた。

分葉状頸管過形成／胃幽門腺化生 (LEGH/PGM) の超音波像

愛媛大学

小島淳美、藤岡 徹、高田治奈、松原裕子、片山富博、伊藤昌春

子宮頸部多発嚢胞は経腔超音波断層法 (TVUS) にて時に観察され、そのほとんどは深部ナボット嚢胞である。悪性腺腫での報告から要精密検査とされることも多くなったが、近年になって、悪性腺腫とされてきた症例の多くが LEGH/PGM であったことなど病理診断学的な疾患概念の整理もすすみ、画像所見にも再考の必要がある。今回、細胞診・組織診で陰性であった子宮頸部多発嚢胞の 3 例を報告する。【症例 1】54 歳、主訴：水様帯下。3 年前同症状にて初診、腔鏡診にて水様帯下著明、TVUS 上頸部嚢胞もあり経過観察とされるが、閉経後も症状継続のため再診。嚢胞の頸管側および内子宮口側に微小嚢胞の集簇あり LEGH/PGM を疑い子宮摘出：LEGH/PGM。【症例 2】44 歳、主訴：水様帯下、腰痛、貧血。症状もあり検診受診。腔鏡診にて水様帯下著明、TVUS にて内子宮口付近より頸部微小嚢胞の集簇あり LEGH/PGM 疑い子宮摘出：腺異形成 (atypical LEGH/PGM)。【症例 3】52 歳、主訴：なし。検診で TVUS にて頸部多発嚢胞を指摘される。本人の希望も強く子宮摘出：深部多発ナボット嚢胞。【考察】LEGH/PGM の超音波像では、微小嚢胞の集簇と周囲の点状高エコーとして観察される腺管の増生像に留意し、帯下の性状を確認することが、ナボット嚢胞との鑑別に有用である。

子宮頸部液状細胞診を用いた HPV genotyping と HPV ゲノムの integration の検出

浜田医療センター

中川達史、平野開士、小林正幸

子宮頸部病変の多くに HPV (human papillomavirus) 感染が確認され、その発癌過程において特にハイリスク型 HPV の持続感染が関与している。そこで今回、子宮頸部細胞診で class IIIa 以上の既往がある症例に対して液状細胞診を行った 58 例 (NILM 18 例、LSIL 26 例、HSIL 13 例、SCC 1 例) を対象に、HPV genotyping と HPV ゲノムの integration の検出を行い検討した。細胞診判定はベセスダシステムに準拠した。方法は PCR-reserved hybridization によって 21 種類の genotype を解析し、in situ hybridization によってハイリスク型 HPV DNA の核内での存在様式を染色し integrated pattern 及び episomal pattern の割合を解析した。LSIL 以上における HPV 陽性率は 95% で、遺伝子型別では 52 型が最も多く次いで 16 型、18 型であった。複合感染は約 3 割に認められた。LSIL の一部の細胞では integration が起こり始めており、細胞異型が強くなるにつれ integrated pattern の頻度が増加した。HPV ゲノムがヒト DNA に integration されることで E6, E7 遺伝子の発現が恒常化し増殖能を獲得するため、液状細胞診を用いて HPV integration の頻度を評価することは今後の治療方針を立てるうえで有用と考えられた。

母乳中の Human Papillomavirus (HPV) についての検討

ー母乳を介する垂直感染の可能性は低いー

徳島大学

吉田加奈子、加藤剛志、古本博孝、苛原 稔

【目的】 HPV-DNA は乳幼児の口腔内から検出されることが知られているが、その感染経路については一定の見解が得られていない。一方、HPV-DNA は乳癌組織においても検出されることが報告されており、乳頭および乳輪上皮を介して乳腺組織への感染の可能性が示唆されている。今回我々は、母乳を介する乳幼児への HPV 感染の可能性について検討した。【方法】 倫理委員会の承認を得て、乳腺疾患を有さない産褥 3～7 日目の褥婦 80 例を対象に、母乳中の high risk HPV-DNA の存在について検討した。また陽性例については、子宮頸部と児の口腔内の high risk HPV-DNA の存在についても検討した。文書により同意の得られた褥婦より乳汁 5ml を採取し、検体を遠心したのち細胞沈渣より DNA を抽出した。Consensus primer を用いて HPV の E6 と E7 を含む領域を PCR 法で増幅し、増幅された DNA フラグメントの HPV 型は、制限酵素処理後の電気泳動パターンより判別した。【成績】 80 例中 2 例 (2.5%) で high risk HPV が検出され、2 例とも HPV16 型陽性であった。これら陽性 2 例では、子宮頸部と児の口腔内 high risk HPV はいずれも陰性であった。【結論】 今回の検討により、母乳を介する子供への HPV 感染の可能性は否定できないが、感染のリスクは低いことが示唆された。

子宮頸部円錐切除後の HPV 陰性持続率

島根県立中央病院

片桐 浩、江川恵子、泉 陽子、倉田和巳、高橋也尚、上田敏子、
松岡さおり、吉野直樹、栗岡裕子、山本和彦、森山政司、岩成 治

近年子宮頸がんは若年化し、特に 20・30 歳代が急増している。一方、妊産婦は高齢化し、子宮頸がんの予防が必須になってきた。今回われわれは円錐切除例に対し、HPV 検査を定期的に施行し（最長 4 年）、HPV 検査の陰性持続率を検討し、円錐切除で子宮頸がんがどの程度予防可能かどうかを検討した。【対象】当院を受診し、生検などにより CIN3 を推定して円錐切除した 119 例（平均年齢 35.6 歳）。【方法】HPV 検査はハイブリッドキャプチャーⅡ法で行った。【結果】円錐切除前には 119 例全例が陽性であった。円錐切除後 3 カ月後の陰性化率は 76.5% (91/119) であった。その後の HPV 陰性化率は 6 カ月後 81.2% (95/117)、12 カ月後 76.8% (73/95)、18 カ月後 78.0% (46/59)、24 カ月後 77.1% (37/48)、30 カ月後 71.4% (25/35)、36 カ月後 67.7% (21/31) 42 カ月後 63.2% (12/19) 48 カ月後 66.7% (10/15) であった。3 年後には 9.7% (3/31) が再感染していた。HPV 陽性を持続していたのは 22.6% (7/31) で 40 歳以上が多かった。【結論】円錐切除後 2 年間は約 80%、その後 2 年は約 70%が HPV 検査陰性を維持していた。約 20%は病変を切除できても HPV 感染は持続していた。

子宮平滑筋肉腫における hepatocyte growth factor activator inhibitors (HAI-1 & HAI-2) の検討

岡山大学

中村圭一郎、楠本知行、関 典子、本郷淳司、児玉順一、平松祐司

【目的】子宮平滑筋肉腫：Leiomyosarcoma (LMS) は初期症例(I-II 期)においても 2 年以内に 50-80%も再発するハイリスク疾患であり、化学療法や放射線療法に対して抵抗性を示す予後不良難治性腫瘍である。そこで今回、癌浸潤・転移の中心的役割を担っている hepatocyte growth factor activator (HGFA) の阻害因子 kunitz 型セリンプロテアーゼインヒビターの hepatocyte growth factor activator inhibitors(HAI-1、HAI-2)に着目し、基礎検討を行った。

【方法】子宮筋腫(15 症例)、子宮平滑筋肉腫(12 症例)の同意を得た患者組織を用い、HAI-1 と HAI-2 免疫染色法を行うとともに、SK-LMS-1 と SKN 子宮平滑筋肉腫細胞株に HAI-1、HAI-2 遺伝子導入し、作用機序(Migration assay、Matrigel Invasion Assay、MTS assay、Flow cytometry、PCR(RT-PCR、Real time PCR)や抗腫瘍抑制能の検討を行った。

【成績】HAI-1、HAI-2 とともに子宮筋腫と比較し、子宮平滑筋肉腫では発現が抑制されており、HAI-1、HAI-2、HAI-1+HAI-2 を SK-LMS-1、SKN の 2 種類の子宮平滑筋肉腫細胞株に遺伝子導入を行った。その作用はmigration や matrigel を抑制し、HAIs 標的遺伝子である HGFA、matriptase、hepsin や MMP-9 にも作用するとともに、apoptosis や necrosis を機序し、単層増殖能や足場非依存性増殖抑制において、約 70-90%の腫瘍形成抑制が可能であった。

【結論】子宮平滑筋肉腫において、HAI-1、HAI-2 とともに癌抑制に関与する重要な遺伝子であることが認められた。

子宮体癌を合併した異型ポリープ状腺筋腫の 1 例

松江市立病院 産婦人科 1) 臨床検査科 (病理) 2)

田頭由紀子¹⁾、木山智義¹⁾、山内延広¹⁾、高尾成久¹⁾、入江 隆¹⁾、吉田 学²⁾

異型ポリープ状腺筋腫 (atypical polypoid adenomyoma) は、生殖年齢の女性に発生する子宮内膜由来のまれな良性ポリープ性腫瘍であり、子宮体癌 (類内膜腺癌) との鑑別が重要となる。今回、過多月経を主訴に来院し、術後に子宮体癌を合併した異型ポリープ状腺筋腫と診断された症例を経験したので報告する。

症例は 43 歳、未経妊で全身倦怠感と過多月経を主訴に近医を受診した。子宮頸管内腫瘍と重症貧血 (Hb 4.4g/dl) を認めたため、精査加療目的に当院へ紹介となった。子宮より持続性の出血があり、経腔超音波検査で頸管内に 3cm 大の辺縁不整な腫瘍を認めた。掻爬術により得られた組織検査で、ポリープ状腺筋腫が検出されたため、確定診断と出血コントロール目的に単純子宮全摘を行った。術後病理組織検査では、筋層浸潤を伴う子宮体癌を合併した異型ポリープ状腺筋腫と診断された。本症例では追加手術として両側付属器切除術及び骨盤リンパ節郭清術を行った。卵巣およびリンパ節に転移はみられず、化学療法などの追加治療の必要性を認めなかったため、現在、外来にて経過観察中である。異型ポリープ状腺筋腫は、画像診断では内膜ポリープや粘膜下筋腫を疑われることが多く、術前の細胞診や組織診でも診断が困難なことがある。また子宮体癌を合併することも比較的多いことから、その診断及び治療の選択には慎重を要すると考えられた。

術前に診断困難であった骨盤内腫瘍の症例

高松赤十字病院

丸山俊輔、野々垣多加史、佐藤美樹、森 陽子、岩見州一郎、神余泰宏 松本美奈子、
後藤真樹

【緒言】骨盤内腫瘍は、画像検査で性状や悪性の有無などの診断が可能な事が多い。我々は術前に卵巣癌と診断したが、開腹時に子宮留膿腫と判明し、永久標本で子宮体癌であった症例を経験したので報告する。

【症例】82 歳。55 歳時に子宮頸癌で放射線治療を施行された。3ヶ月前より腹部膨隆を自覚し受診。腔腔は狭小化しており子宮腔部は未確認。経腔エコーでは子宮は不明瞭。画像上、骨盤内に子宮と思しき臓器の頭側に 18cm 大の境界明瞭な嚢胞性腫瘍内部に内腔に突出する不整な充実部分を認めた。発熱、性器出血はともに認めず。腫瘍マーカーは CA125 ; 771.9U/ml と高値。以上より卵巣癌の診断で手術施行。開腹所見は両側正常卵巣を認め、子宮体部は嚢胞状に小児頭大であり、術中に頸部全面で破綻した。内容液は茶褐色で漿液性、約 1200cc であった。腹式単純子宮全摘出術+両側付属器切除術を施行。摘出標本では底部および破綻した頸部に腫瘍組織が認められた。破綻前の腹腔洗浄細胞診は陰性。病理組織検査では、子宮体部は類内膜腺癌/G2/筋層浸潤 1/2 以上、頸部浸潤ありと診断。以上より Stage II b の診断で現在化学療法中である。

【考察】子宮頸癌の放射線治療後に急速な増大を示す腹腔内腫瘍を見た場合、子宮留膿腫を伴う子宮内膜癌の発生に留意する必要性、および子宮頸癌放射線治療後の 2 次発癌の観点からも若干の文献的考察を加えて考察する。

妊孕性温存を試みた子宮頸部 villoglandular papillary adenocarcinoma の 1 例

徳島大学

柴田真紀、吉田加奈子、加藤剛志、古本博孝、苛原 稔

子宮頸部絨毛状乳頭腺癌は Young らにより 1989 年に提唱された子宮頸部腺癌の一亜型である。一般に予後良好とされている。治療として子宮全摘が行われている報告が多くみられるが、円錐切除のみで治癒した症例も数例報告されている。

今回、我々は円錐切除のみを施行することによって妊孕性温存を試みた子宮頸部絨毛状乳頭腺癌の一例を経験したので報告する。

症例は 32 歳 未婚 2008 年初旬より不正出血を認め、2008 年 8 月近医受診。子宮頸部に外向性発育の腫瘍を認め、精査のため 9 月 1 日当院紹介となった。

生検にて adenocarcinoma が認められたため 2008 年 10 月円錐切除を施行した。病理組織結果は villoglandular papillary adenocarcinoma であり、断端陰性であったため追加治療は施行せず現在 6 ヶ月経過したが再発は認められていない。

円錐切除のみで治療した例は 10 例報告されている。そのうち 1 例は断端部再発し、CRT 施行するも効果なく死亡している。

円錐切除のみで治癒した例も報告されており比較的予後は良好であるが、リンパ節転移例や死亡例も報告されており、診断と適応は慎重にするべきである。さらに円錐切除のみで加療した場合には厳重な経過観察が必要であると考ええる。

最近 5 年間の重複癌の臨床的検討

高松赤十字病院

岩見州一郎、後藤真樹、佐藤美樹、丸山俊輔、森 陽子、神余泰宏、松本美奈子、野々垣多加史

近年、癌の早期診断ならびに予後の改善に伴い、種々の重複癌が発見されるようになり、重複癌発生頻度も増加傾向である。従って、産婦人科医が、婦人科癌の治療中・治療前後の経過観察中に他科領域の癌を発見することがしばしばあるため注意が必要である。今回、我々は、当科で最近 5 年間に経験した重複癌について検討した。対象は 2004 年 4 月 1 日から 2009 年 3 月 31 日までの 5 年間に当科で初回治療をした子宮頸癌・子宮体癌・卵巣癌の 209 症例である。重複癌発生頻度は、対象とした婦人科癌全体で 12.9%、子宮頸癌で 7.8% (64 症例中 5 例)、子宮体癌で 17.9% (78 症例中 14 例)、卵巣癌で 18.1% (72 症例中 13 例) であり、卵巣癌・子宮体癌・子宮頸癌の順に発生頻度が高かった。また、婦人科癌に重複する頻度が最も高いものは乳癌で、次いで大腸癌、甲状腺癌の順に頻度が高かった。同時性重複癌は 8 例、異時性重複癌は 19 例であった。諸家の報告より重複癌発生頻度は高い傾向にあった。なお、5 年間に、婦人科癌の治療中・治療前後経過観察中に発見された他科領域の癌を 4 例認めた。内訳は子宮体癌・大腸癌の同時性重複癌、卵巣癌・大腸癌の同時性重複癌、卵巣癌・乳癌の同時性重複癌、子宮体癌・甲状腺癌の異時性重複癌が各 1 例ずつであった。いずれの症例も CT 検査で他科領域の癌を描出しており、CT 検査は重複癌の発見に重要で、有用であると考ええる。

抗凝固療法が奏功せず治療に苦慮した不育症の1例

岡山大学

中野裕子, 菊池由加子, 佐々木愛子, 松田美和, 小谷早葉子, 清水恵子, 鎌田泰彦,
平松祐司 保健学研究科: 中塚幹也

近年, 検査や治療の進歩により, 不育症の治療成績は向上しているが, 依然として各種の治療によっても生児を得ることのできない難治性の不育症症例が存在している. 今回, 治療に苦慮した不育症症例を経験したので報告する.

【症例】36歳. 27歳で結婚後, 4回の妊娠初期の自然流産. 前医にて夫リンパ球免疫療法を施行後も2回の流産を繰り返し, 当院不育症外来に紹介となった. 精査により, 抗PSIgM抗体, 抗PS/PT IgG抗体の上昇があり, 7回目妊娠では低用量アスピリン(LDA)とヘパリン併用療法, 8回目はLDA, ヘパリン, プレドニゾロン(PSL), 大量γ-グロブリン併用療法を行うもいずれも胎嚢の確認のみで流産(正常核型), 9回目はLDA, ヘパリン, PSL増量, 大量γ-グロブリン併用療法を施行, 心拍確認後に胎芽死亡(正常核型)となった.

説明と同意の上, 妊娠前からの子宮内ステロイド注入療法を施行, また, 軽度のインスリン抵抗性があり, メトフォルミンを開始した. 10回目は, 子宮内ステロイド注入周期に妊娠, LDA, ダナパロイド, PSL, メトフォルミン, 大量γ-グロブリン併用療法を施行したところ, 妊娠継続が見られた. 切迫早産, 胎盤内血腫, 胎児発育遅延をみとめ, 長期入院となったが, tocolysisを終了した妊娠37週0日に経膈分娩となり, 2140gの生児を得た. 母子ともに順調に経過し, 児は生後16日に退院となった.

反復流産症例に対し行った不育症スクリーニング検査の検討

よしだレディースクリニク内科・小児科

光成匡博, 吉田壮一

(はじめに) 近年, 習慣流産の原因と治療法が明らかにされつつある. このため, 2回連続した流産(反復流産)症例に対しても原因検索検査が勧められており, 当院でも十分な説明をした上で希望者に実施している. 今回, 反復流産症例と3回以上流産を繰り返した習慣流産症例における検査結果と治療成績を比較検討した.

(対象) 2007年7月開院以降, 不育症スクリーニング検査を実施した反復流産患者34人, 習慣流産患者30人を対象とした. スクリーニングとして, プロラクチン(PRL), 黄体期中期黄体ホルモン値, 抗核抗体, 血液凝固機能, Lupus Anticoagulant, NK細胞活性, 抗カルジオリピン抗体IgG/IgM, 抗フォスファチジルエタノールアミン抗体IgG/IgM検査を行い, 希望者には夫婦の染色体検査も実施した.

(結果) 反復流産34例中21例(62%), 習慣流産30例中20例(67%)に何らかの原因が確認された. 各原因の頻度は, 反復流産/習慣流産でそれぞれ高PRL血症12%/3%, 黄体機能不全6%/7%, 血液凝固異常15%/10%, NK細胞活性高値18%/23%, 抗リン脂質抗体陽性38%/47%, 染色体異常0%/3%と両群間に有意差は見られなかった. 検査後に妊娠が確認された症例は, 反復流産/習慣流産でそれぞれ19例/17例で, 原因別の治療を行った上で, 17例/17例が分娩あるいは妊娠継続中である. 反復流産だった2人のみが流産を繰り返した.

(まとめ) 反復流産において, 習慣流産と同等の原因が判明し治療成績も良好なことから, 十分な説明の上, 積極的なスクリーニング検査の実施が望まれる.

回盲部腸重積を形成した盲腸子宮内膜症の1例

JA広島総合病院

古宇家正、藤本英夫、三好剛一、佐野祥子、中西慶喜

成人型腸重積は全腸重積症例の 5～10%と比較的稀な疾患で、腫瘍や炎症などの器質的疾患が原因となることが多い。今回我々は盲腸子宮内膜症により回盲部腸重積症を発症した、比較的稀な症例を経験したので報告する。症例は 36 歳、0 経妊 0 経産。家族歴・既往歴に特記事項はないが、元来月経困難症あり、対症療法をしていた。10 日前に心窩部痛が出現するも生理痛様であったため経過観察していたが、症状の改善を認めないため当科を受診した。右下腹部に疼痛、圧痛、腫瘤を認め、腹部エコーにて右下腹部の腸管の異常が疑われた。緊急造影 CT を施行、上行結腸の横行結腸への腸重積が疑われた。下部消化管内視鏡を施行し、盲腸が先進部となり回腸が上行結腸内を肝彎曲まで重積していたが、整復された。翌日、原因検索のため、腹腔鏡手術を施行し、盲腸に硬結を認め、腫瘍が疑われたため、回盲部切除術を施行した。術後病理組織学的検査にて盲腸子宮内膜症と診断された。症例を通じ、腸重積を合併した盲腸子宮内膜症について、治療法を含め考察する。

ジェノゲストが有効であった膀胱子宮内膜症の1例

高知大学

谷口佳代、泉谷知明、山田るりこ、池上信夫、前田長正、深谷孝夫

2008 年 12 月より使用可能となったジェノゲストは、子宮内膜症に対する薬物療法として従来用いられてきた GnRH agonist 製剤に比べ、エストロゲン欠乏に伴う副作用が軽度であり、長期投与も可能であることから、急速に使用症例が増加している。今回、異所性内膜症の 1 つである膀胱子宮内膜症に対してジェノゲストを投与し、症状が著明に改善した症例を経験したので報告する。【症例】35 歳、未産婦。近医で 10 数個の多発性子宮筋腫を指摘され、当科紹介受診となった。過多月経および月経痛は認めなかったが、月経開始直前から月経終了後数日間持続する頻尿、排尿痛、残尿感を数年前より認めていた。挙児希望があり、開腹下に筋腫核出術を施行した。開腹時、膀胱子宮窩に筋腫とは異なる腫瘍を認め、部分切除を行った。組織診断の結果、膀胱子宮内膜症と診断され、膀胱に病巣が遺残していることから、術後 6 ヶ月間ジェノゲストを服用することとなった。ジェノゲストの副作用として不正出血が持続したが、その間膀胱炎様症状は全くなく、定期的に施行した膀胱鏡検査で、膀胱内膜症病巣の著明な縮小を認めた。さらに現在、服用終了し月経回復しているが、月経中および月経前後にも治療前にみられた症状は全く認めていない。

深部子宮内膜症に対する腹腔鏡下手術

鳥取大学¹⁾, 倉敷成人病センター²⁾

出浦伊万里¹⁾, 原田 省¹⁾, 金尾祐之²⁾, 安藤正明²⁾

【目的】深部子宮内膜症に対する腹腔鏡下手術は合併症のリスクを伴う難易度の高い手術である。術前に深部病巣の分布を正確に把握することはできず、病巣の完全切除は難しい。倉敷成人病センターでは、ダグラス窩の開放と深部病巣の切除を系統的に行うことで病巣の完全切除を図っている。深部子宮内膜症に対する術式と手術成績について報告する。

【方法】2006年4月から2008年3月までの2年間に倉敷成人病センターで腹腔鏡下保存手術を施行したダグラス窩完全閉鎖を伴う子宮内膜症患者61例を対象とした。実際の術式をビデオで供覧する。術式の有効性および有用性を確認するために、術中臓器損傷、術後合併症、術前後の月経痛VAS、術後再発、および術後妊娠について検討した。

【結果】術中臓器損傷は15例(25%)に認められ、全例が直腸損傷で腹腔鏡下に縫合修復することが可能であった。術後合併症として3例(5%)の神経因性膀胱を経験した。術後の月経痛VASは2.8であり、術前の7.4と比較して有意に低下した。術後6-30カ月での月経痛再発および病巣再発はいずれも8例(13%)であった。挙児希望がある28例中8例(29%)で術後妊娠が成立した。

【結論】本術式は疼痛改善に有用であるが、病巣の完全切除を図るために術中臓器損傷の発生リスクは比較的高く、損傷臓器の修復技術は必要不可欠であると考えられた。

雄ラットにおいて新生仔期の感染ストレスは成熟後の感染ストレスに対する性機能の反応を視床下部で減弱させる

徳島大学

岩佐 武、松崎利也、藤澤しのぶ、木内理世、苛原 稔

【目的】新生仔期に感染ストレスを経験した雌ラットでは、成熟後の感染ストレスに対して性機能が強く抑制される。新生仔期に感染ストレスを経験した雄ラットにおいて、成熟後の感染ストレスに対する性機能の反応が変化するか検討した。

【方法】10日齢の雄SDラットにLPS(100 μ g/kg) (neonatal LPS: NL群)または生食(neonatal saline: NS群)を腹腔内投与した。NL群とNS群において成熟期(7-8週齢)のLPS投与(100 μ g/kg, adult LPS: AL)が血中LHと血中Tに及ぼす影響を検討した。また、ALが視床下部・精巣におけるIL-1 β とTNF- α (雄ラットのストレス性性機能低下に関わる因子)の発現に及ぼす影響についてReal-time PCRを用いて検討した。なお、成熟期に生食を投与した群をそれぞれの群のcontrolとした。

【結果】NS群ではALにより血中LH値が低下したが($P < 0.05$ vs control)、NL群では変化しなかった。NS群とNL群はALにより視床下部IL-1 β ・TNF- α 発現が上昇したが($P < 0.01$ vs control)、前者は後者に比べて上昇が軽度であった。NS群とNL群はALにより血中T値が同程度に抑制され($P < 0.01$ vs control)、精巣IL-1 β ・TNF- α 発現は同程度に上昇した($P < 0.01$ vs control)。

【結論】新生仔期に感染ストレスを経験した雄ラットでは、成熟後の感染ストレスに対する視床下部の反応が軽減され、性腺における反応は変化しないことが判明した。

雌ラットにおいて新生仔期の感染ストレスは成熟後の感染ストレスに対する性機能および摂食調節機構の反応に相反する影響を与える

徳島大学

藤澤しのぶ、松崎利也、岩佐 武、木内理世、苛原 稔

【目的】新生仔期にストレスを受けると、成熟後のHPA系によるストレス反応が強くなることが知られている。今回、雌ラットを用い、新生仔期の感染ストレスが成熟後の感染ストレスに対する性機能(HPG系)および摂食調節機構の反応に与える影響(プログラミング)について検討した。

【方法】10日齢の雌SDラットにLPS(100 μ g/kg) (neonatal LPS: NL)または生食(neonatal saline: NS)を腹腔内投与し、成熟期(8~10週齢)の発情間期にLPS(100 μ g/kg) (adult LPS: AL)または生食(adult saline: AS)を投与した。ALまたはAS後に、HPG系の指標として性周期を、また摂食調節機構の指標として体重変化(24hr)および摂食量(24hr)をNL-AL群、NL-AS群、NS-AL群、NS-AS群の4群間で比較した。また、NL群とNS群の2群間で、CRH、urocortin(UCN)、UCN2、CRH1型受容体(CRHR1)、CRHR2のmRNAの視床下部での発現をリアルタイムPCRで検討した。

【結果】NL-AL群は他の3群に比べて性周期が有意に長かった($p<0.05$)。NL-AL群とNS-AL群は他の2群に比べて体重が有意に軽かったが、NL-AL群はNS-AL群に比べて体重が有意に重く、摂食量が有意に多かった($p<0.05$)。また、NL群はNS群に比べUCN2およびCRHR2のmRNAの発現が有意に高かった($p<0.05$)。

【結論】新生仔期に感染ストレスを経験した雌ラットは、成熟後の感染ストレスに対する性機能の抑制が強く、一方、摂食抑制は弱い特徴があることが判明した。また、幼若期の感染ストレスによって視床下部UCN2、CRHR2の発現亢進がプログラムされることが、雌ラットのストレスに対するより強い性機能抑制に関わっている可能性が示唆された。

子宮形態に影響を及ぼす上皮性イオンチャネル発現の検討

(SERM とエストラジオールの違いより)

広島大学

信実孝洋、工藤美樹

【目的】上皮性のNaチャネル(ENaC)やClチャネル(CFTR)の発現にエストロゲンが関与し、子宮では子宮内腔液貯留に関与することが報告されている。骨粗鬆症治療薬として広く用いられているSERMのそれら上皮性イオンチャネル発現への影響についてエストラジオールと比較検討した。

【方法】卵巣摘出マウスをエストラジオール投与群(E2)、SERM投与群(S)、コントロール群(OVX)の3群にわけ、各薬剤を4~12週間投与した。投与後の子宮を摘出し、ENaC α サブユニット、CFTRのmRNA発現をリアルタイムRT-PCR法により各群で比較した。また子宮の組織形態をHE染色で比較した。

【結果】血圧や血清電解質濃度に各群間で有意差を認めなかった。E2長期投与群の子宮は肉眼的に腫大し内腔の液体貯留が著明で、HE染色では内膜腺の過形成や粘膜下組織の浮腫性変化を認めた。一方S群の子宮には内膜肥厚はなく、肉眼的な内腔液体貯留も認めなかった。mRNA発現に関して、E2群ではOVX群に比べてENaC発現は低くCFTR発現は有意に増加していた。一方S群ではCFTRの高発現を認めたが、ENaCに関してはOVX群に比べて有意な発現差を認めなかった。

【結論】SERMは上皮性イオンチャネルの発現に関してエストラジオールと異なる作用を示し、子宮内膜形態・内腔液貯留に影響を及ぼさないことが判明した。

ヒト子宮内膜間質細胞における IGFBP-1 遺伝子と PRL 遺伝子の DNA メチル化プロファイル解析

山口大学

田村 功、浅田裕美、李理華、木塚文恵、谷口 憲、前川 亮、竹谷俊明、松岡亜希、田村博史、杉野法広

【目的】ヒト子宮内膜間質細胞（ESC）では脱落膜化により IGFBP-1 遺伝子と Prolactin 遺伝子が新たに発現する。この発現変化にエピジェネティクスによる調節が関与しているかについて検討した。【方法】患者の同意を得た上、増殖期後期子宮内膜を採取し ESC を分離後、Estradiol (10^{-8} M) と Medroxyprogesterone acetate (10^{-6} M) を添加して 14 日間培養し脱落膜化を誘導した。IGFBP-1 遺伝子の Progesterone response element を含むプロモーター領域および PRL 遺伝子の Progesterone 反応領域を含むプロモーター領域について、DNA メチル化状態を Sodium bisulfite sequencing 法にて、またヒストンアセチル化状態をクロマチン免疫沈降法にて解析し、ESC と脱落膜化 ESC とで比較した。【成績】両者の細胞において、IGFBP-1 遺伝子プロモーター領域では、DNA は低メチル化状態でヒストンはアセチル化状態で差を認めなかった。PRL 遺伝子プロモーター領域では、DNA は高メチル化状態でヒストンは低アセチル化状態で差を認めなかった。【結論】ESC の IGFBP-1 遺伝子と PRL 遺伝子のプロモーター領域の DNA メチル化状態とヒストンアセチル化状態には相違が認められたが、脱落膜化による変化は認めなかった。

唾液中コルチゾール濃度と血液中コルチゾール濃度との相関

愛媛労災病院

宮内文久、高橋慶子、村上祥子、南条和也、大塚恭一

【はじめに】労働がコルチゾール分泌に及ぼす影響を検討する目的で、今回は唾液中と血液中のコルチゾール濃度を同時に測定し、その濃度を比較検討することとした。

【方法】健康で規則的な月経周期を有する 6 人のボランティア婦人の月経周期の 6～10 日目に、朝 8 時から 24 時間にわたって 2 時間毎に血液と唾液を採取した。それぞれの検体を用いて LC-MS/MS にてコルチゾール、コルチゾン、DHEA、卵胞ホルモン、黄体ホルモンを同時に測定した。

【結果】コルチゾール、コルチゾン、DHEA は深夜 0 時に最低値を、朝 8 時に最高値を示す日内リズムを唾液と血液ともに観察できた。また、唾液と血液中の濃度の相関はコルチゾールが 0.819、コルチゾンが 0.590、DHEA が 0.449 であった。

【結論】唾液中のコルチゾール濃度は血液中のコルチゾール濃度と良好な相関関係を有していることが明らかとなり、労働がコルチゾール分泌に及ぼす影響を検討する際に唾液は有用な検体となりうることが明らかとなった。

当院で経験した原発無月経の3症例

山口県立総合医療センター

吉永しおり、中村康彦、中島優子、讃井裕美、安澤彩子、鳥居麻由美、古谷信三、坂口優子、佐世正勝、上田一之

過去5年間に当院で経験した原発無月経または初経発来を認めないことを主訴とする3症例について報告する。

症例1は、前医にて月経モリミナの診断にて処女膜切開施行するも膣欠損が明らかとなった症例である。内分泌学的検査および腹腔鏡による精査でRokitansky症候群の診断となり、子宮摘出の後カウフマン療法となった。症例2は、生来嗅覚障害・聴覚障害を有し無月経を主訴に来院した15歳の症例である。外性器は女性形で乳房・恥毛発育はTanner1度であった。内分泌学的検査では、LH、FSH、E2ともに低値で、GnRHによる負荷に反応を認めた。また、腹腔鏡検査で未成熟の子宮・卵巣を認めた。以上より、Congenital hypogonadotropic hypogonadism に嗅覚異常を伴うKallman症候群であると診断し現在はカウフマン療法を行っている。症例3は、19歳時原発無月経のため他院にてカウフマン療法施行され、不妊治療目的に当院紹介受診となった症例である。LH、FSH高値、E2低値で、卵巣性無月経が疑われた。hMG 150 IU/dayでは反応なく、300 IU/dayにて過剰反応を示したため、ゴナドトロピンに対する卵巣の反応性異常を疑いFSH受容体遺伝子の解析を行った。その結果、FSH受容体遺伝子の細胞外ドメイン exon8 に mutation を認め、FSH受容体遺伝子異常の診断となった。

Time-lapse cinematography を用いたヒト胚盤胞期胚における透明帯脱出(hatching)過程の動的解析

ミオ・ファティリティ・クリニック リプロダクティブセンター

見尾保幸、錦織恭子、加藤一雄

[目的]独自に構築したTime-lapse cinematography (TLC)により、胚盤胞期における胞胚腔虚脱は、体外培養で認められる栄養膜破綻に因ることが明らかとなった。そこで、我々は、ヒト初期胚発生過程の最終章である胚盤胞の透明帯脱出(hatching)過程をTLCにより動的解析し、胞胚腔虚脱との関連を検討することを本研究の目的とした。

[対象と方法]凍結保存中の初期胚で、今後治療に使用する予定がなく、本研究に同意が得られた研究目的胚(n=114)のうち、拡張胚盤胞期に到達し、透明帯に脱出孔が形成された胚(n=46)を対象とした。TLC用体外培養装置内のマイクロドロップ(5 μ l)に移された胚は、至適培養環境(37 $\pm$ 0.05 $^{\circ}$ C, pH 7.37 $\pm$ 0.02)に維持され、約96時間培養した(撮影間隔5分、露光時間50msecs、撮影枚数6000~8000)。TLC映像の解析により、透明帯脱出孔の形成様式ならびに透明帯脱出と胞胚腔虚脱の関係を検討した。

[結果]脱出孔形成には、透明帯が胞胚腔の虚脱により内側に引き込まれる様式(Inward)と胞胚腔の拡張により外側にはじける様式(Outward)が存在することが明らかとなった。Inwardでは、その全てが胞胚腔虚脱に伴って起こり、Outwardの半数では、脱出孔形成が虚脱を伴わなかった。また、胞胚腔虚脱を伴わない胚盤胞において、明らかに完全脱出する割合が多かった。

[考察]透明帯の脱出孔形成過程から胚盤胞の透明帯脱出の全過程において、胞胚腔虚脱を伴わず速やかに脱出する様式が最も生理的hatching様式と考えられた。

eSET 導入により ART 由来の多胎分娩は減少している

ー総合周産期母子センター分娩データによる解析ー

徳島大学、香川小児病院不妊治療センター*

山本由理、桑原 章、矢野裕也、谷口友香、須藤文子、田中優、檜尾健二*、苛原 稔

【目的】eSET の普及により ART 多胎は減少している。しかし自然妊娠を含む全妊娠に ART 多胎が及ぼす影を検討することには困難が伴う。今回、我々は徳島医療圏（徳島県とほぼ一致する）で唯一の周産期センターである当院における多胎妊娠データを検討し、eSET の普及が周産期医療にあたえる影響を検討した。

【方法】2005 年 1 月から 2009 年 5 月までに当院で分娩をとりあつかった多胎妊娠全 148 例（年平均 33.6 例）を対象に不妊治療、ART 治療の有無を確認した。多胎は胎児数により定義し monozygotic twin は除外した。加えて 2005 年 1 月から 2008 年 12 月までの当院での ART 成績についても比較検討した。

【結果】当院で取り扱った多胎妊娠の 2005 年、2006 年、2007 年、2008 年、2009 年（1 月～5 月）各々の内訳は、自然妊娠 2、7、9、6、2 例、一般不妊治療由来が 4、3、14、7、4 例、ART 由来は 12、10、11、8、2 例であった。多胎全体に占める ART 妊娠の割合は 67%、50%、32%、38%、25%と減少傾向にあり、特に 2009 年は 25%、2 例と減少している。一方、一般不妊治療に由来する多胎は 22%、15%、41%、33%、50%と一定の傾向になく、減少しているとは言えない。尚、2008 年 4 月以降の当院での ART 多胎率は 8.8%と前年度の 17.7%に比較して減少している。

【考察】eSET 導入前は全多胎の 40%程度を ART が占めていたが、2009 年度は 25%と減少しており、一定の効果を上げていることが明らかとなった。今後は多施設による医療圏内の詳細な検討を加えるとともに、周産期医療資源の整備状況に応じ eSET 適応基準の再検討が必要と思われた。一方、一般不妊治療に由来する多胎を減少させる対策が今後さらに必要と考えられた。

胚の発育状態による胚盤胞移植日個別化の検討

徳島大学

田中 優、桑原 章、矢野裕也、谷口友香、山本由理、須藤文子、苛原 稔

香川小児病院不妊治療センター：檜尾健二

【目的】当院では媒精、顕微授精を夜間を実施するため、胚盤胞移植を Day6（受精後 5.5 日）に実施している。今回、Day5（受精後 4.5 日）に移植予定数以上の形態良好胚（Gardner 分類 3AA 以上）を認める場合に Day5 胚移植を行い、その臨床成績を検討した。

【対象】2005 年から 2008 年に新鮮胚盤胞移植を行った 375 周期を Day5 群（66 周期）と Day6 群（309 周期）に分けて検討した。参考として個別化していない時期（2002 年～2004 年）の成績も比較検討した。

【結果】Day5 群、day6 群の平均年齢は 33 ± 4.9 歳、 35 ± 4.0 歳。妊娠率（移植当り）は 56.1%（37/66）と 32.0%（99/309）、多胎率は 35.1%（13/37）と 21.2%（21/99）とともに Day5 群で有意（ $p < 0.01$ ）に高率であった。なお、個別化する前の時期での平均年齢は 34.0 ± 4.1 歳、妊娠率は 37.9%、多胎率 20.2%であった。妊娠率を移植胚数別に検討すると Day5-SET:47.1%（8/17）、Day5-DET:59.2%（29/49、多胎率 44.8%、双胎 13）、Day6-SET:20.2%（21/104；eSET: 38.5%、10/26 を含む）、Day6-DET:37.9%（78/206、多胎率 26.9%、双胎 21）であった。

考察：Day5 群では Day6 群に比べて妊娠率が高く、複数胚移植を行った場合は高い多胎率を示した。発育が早い形態良好胚盤胞は妊娠する可能性が高く、従って Day5 移植では年齢、移植回数に関わらず単一胚移植を検討する必要があると思われた。一方、発育状況に合わせて移植日を個別化しても全体の妊娠率に有意な変化はなかったことから、Day5、Day6 に関わらず適切な時期に移植することが重要と思われた。

大量性器出血により診断され、UAE が有効であった XⅢ因子欠乏症の一例

岡山済生会総合病院

小幡 綾、平野由紀夫、伊庭敬子、小池浩文、坂口幸吉

症例は 51 歳、0 経妊 0 経産、性交経験なし、既往歴として先天性軽度知的障害（詳細不明）、48 歳時に左足底疼痛・血管腫を契機に Klippel-Weber 病と診断され足底硬化療法施行している。この時鉄欠乏性貧血あり精査にて子宮筋腫指摘され当科紹介、GnRH 治療行なったがその後は自己中断していた。今回、1 月 22 日出血性ショック、性器出血にて救急搬送された。受診時坐位にて意識消失発作あり、即日入院。血圧：96/56bpm、脈拍数：130 回/分、Hgb：6.6g/dl、性器出血は 600g/日程度と多量。経膈超音波にて 5x4cm 大の筋層内筋腫、子宮内膜 1.6cm と肥厚を認めた、内膜細胞診 class I、内膜組織診 異型細胞認めず。MRI 画像でも筋腫、内膜肥厚認めたが、明らかな悪性所見なし。RCC 輸血、鉄剤投与、止血剤投与したが、出血量が減少しないため、十分な IC の元に、入院 8 日目に UAE（子宮動脈塞栓術）施行。UAE 後から性器出血は 80g/日と減少、貧血も改善傾向にあったが、性器出血は続いた。凝固異常などを疑い血液内科受診、第 XⅢ因子欠乏症が判明した。治療のため岡山大学血液内科受診、ヒト血漿由来乾燥血液凝固第 13 因子（商品名：フィブロガミン P）を注射。現在 GnRH 治療、外来フォロー中、近日中の手術療法を考慮中である。

経頸管的切除で治癒した存続絨毛症の一例

広島大学

野村清歌、坂下知久、藤原久也、三好博史、工藤美樹

【緒言】子宮体部筋層内の存続絨毛症に対して経頸管的に病変を切除した症例を経験したので報告する。

【症例】34 歳、未産婦。前医で妊娠管理中、妊娠 12 週 5 日破水し、妊娠 13 週 0 日、PGE1 膈錠による人工妊娠中絶が行われた。子宮出血が持続し、中絶後 43 日目の尿中 hCG 25.7 mIU/ml、経膈超音波で子宮体部に腫瘤像を認めたため子宮内膜搔爬術を施行された。病理組織では変性・壊死した絨毛と脱落膜を認めたが絨毛に異型はなかった。その後も出血が持続し、56 日目の尿中 hCG は 1.1 mIU/ml であった。EP 合剤を内服し、73 日目に再度子宮内膜搔爬術を施行し、変性した絨毛の遺残を認めた。以後も性器出血が持続するため当院へ紹介された。初診時（75 日目）の血清 β -hCG は 2.9 mIU/ml で、骨盤 MRI、経膈超音波検査で子宮底部右側に 5cm 大の血流豊富な結節性病変を認めたため、82 日目に経頸管的に針生検および切除を行った。病理組織では、子宮筋層内に絨毛組織と脱落膜を認めた。切除後、出血は消失し、125 日目の β -hCG は感度以下となった。以後、 β -hCG の再上昇は認めていない。

【考察】妊娠中期の流産後、子宮体部に限局性の病巣を形成した存続絨毛症であると考えられた。病変を経頸管的に切除し、化学療法を回避することができた。

静脈血栓塞栓症と D ダイマーに関する検討

鳥取市立病院

片山典子、丹羽家泰、長治 誠、伊原直美、清水健治

近年周産期及び周術期の静脈血栓塞栓症が問題となっている。今回我々は、当科で経験した静脈血栓塞栓症症例と、143 例の周術期の D ダイマー値の推移について検討した。143 例中で明らかな血栓形成を認めた、もしくは強く疑った症例は 4 例であり、1 例は附属器良性腫瘍の術後、残り 3 例は帝王切開術の術前に 2 例、術後に 1 例であった。このうち、付属器良性腫瘍の 1 例では抗凝固療法に加えて下大静脈フィルター挿入を行った。これら 4 例の予後は良好である。周術期に D ダイマーの測定を行った 143 例の検討では、腹腔鏡手術以外の全ての術式で術翌日に D ダイマー値がピークを示していた。また、帝王切開術前後の D ダイマーの平均値は術前 2.7 (全例平均 1.1)、術翌日 5.1 (同 3.4)、術後 2 日目 3.1 (同 2.3)、術後 3 日目 2.2 (同 2.0) と他の術式よりも高値で推移していた。以上より周術期の血栓は、術中及び術後早期に形成されている可能性があり、また帝王切開周術期においては更に術前から注意を要すると考えられる。今回の検討では有意差を示すことはできず、また D ダイマー値から血栓治療のカットオフ値を定めるのは困難であったが、周産期や周術期の管理においては常に血栓形成や塞栓のリスクを念頭に入れ、場合によっては積極的に抗凝固療法を行うべきであると考えられた。

腔内異物が原因で形成された膀胱腔瘻を伴った巨大結石の 1 例

倉敷中央病院

村上優子、横内 妙、大塚由有子、森本明美、堀川直城、宇佐美知香

内田崇史、福原 健、本田徹郎、中堀 隆、高橋 晃、長谷川雅明

腔内異物が原因の膀胱腔瘻は非常に珍しく、国内での報告も数例である。今回、長年腔内に留置された異物により、膀胱腔瘻および巨大結石を生じた 1 例を経験したので報告する。

症例は 86 歳。2004 年に発熱・全身倦怠感で当院初診。経腹超音波検査で両側水腎症を認め、CT、MRI で 6cm の腔内異物を核とした結石と 2cm の膀胱結石を指摘された。摘出困難であり年齢も考慮し経過観察していたが、尿路感染症で入退院を繰り返していた。2007 年には経尿道的膀胱結石破碎術を受け、膀胱内の結石は完全除去された。2009 年に 39.6℃の発熱を主訴とし、当院へ救急搬送となった。CT、MRI で腔内結石・膀胱結石による両側水腎症を認め、今回も尿路感染症による発熱と考えられた。診察上、陰裂より結石が直視できた。MRI で腔内結石は手拳大に増大、膀胱結石はピンポン玉大に再発しており、腎後性腎不全の原因となっていることから泌尿器科と共に全身麻酔下に経腔的腔内結石破碎術を施行した。続いて経尿道的膀胱結石破碎術を施行し、膀胱鏡にて腔瘻を三角部に確認した。結石のみの重量が 200g、異物は子宮脱リングと考えられていたが、プラスチック製のキャップであった。膀胱腔瘻に関しては、高齢かつ認知症もあることより、おむつ排尿とし、根治術は見合わせた。術後に腎不全と尿路感染症は軽快し、その後の経過は良好である。

予後不良な染色体異常を胎児診断した際に産婦人科医が行う胎児緩和ケアについて 広島市立広島市民病院

早田 桂、小松玲奈、三村朋子、関野 和、國宗和歌菜、西川忠暁、岡田朋美、辰本幸子、
依光正枝、舛本明生、小坂由紀子、石田 理、野間 純、吉田信隆

予後不良な染色体異常である 13 トリソミーや 18 トリソミーは、その特徴的な超音波所見から超音波検査にて 100% 診断可能とも言われている。当科でも過去 3 年にこれら染色体異常を 9 例胎児診断（診断率：100%）しているが、当科紹介理由の 9 割が胎児発育制限であった。超音波による胎児所見より予後不良な染色体異常を疑った場合は、当科でも児の最善の利益を中心とした胎児緩和ケアの概念に基づき管理を行っている。母体へのリスクが切迫したものでなければ妊娠を継続し、家族への慰安と死別への準備をし、出産後は積極治療を行わず安らかに看取る取組みであり、原則帝王切開を回避している。

最近経験した 13 トリソミー症例を提示する。30 週初診時に両親へ染色体異常の可能性を説明するも受け入れが難しく染色体検査は希望せず、外来管理とした。時間の経過と共に超音波画像にも目を向け、胎児異常を客観的に知ろうとし、新生児科医とも出産時の蘇生や処置について話し合うようになった。39 週 3 日に 2379g の女兒を AS1/2 で出産。出産後 12 時間で永眠となったが、その間は個室にて両親とプライバシーの保てる場所と時間をつくり、緩和ケアを行った。出生児採血より 13 トリソミーと最終的に診断した。胎児診断後の時間が絶望的な時間ではなく胎児との残された大切な時間になるように、胎児診断が向上した今日では、より正確な診断と情報の元に出生前より胎児と家族をケアする必要があると思われる。

骨盤解剖献体の内診と組織学的検索による子宮頸部-坐骨棘間結合組織の検討 広島大学

平田英司、藤原久也、山本弥寿子、工藤美樹

【目的】子宮頸部の支持組織として、膀胱子宮靱帯や直腸子宮靱帯等がある。子宮頸部と坐骨棘の間の結合組織も子宮の支持に関連している可能性を考え、骨盤解剖献体のダグラス窩、子宮頸部および坐骨棘を内診し、さらに組織学的検索を施行した。

【方法】骨盤解剖献体は 17 体（年齢 56～91 歳（中央値 74 歳）、未産 8 体、経産 9 体）を使用した。背臥位で坐骨棘まで剖出した後に仰臥位で内診し、子宮頸部に対するダグラス窩の位置、子宮頸部と坐骨棘の間の厚さ、子宮頸部と坐骨棘の間の抵抗を比較検討した。また子宮頸部-坐骨棘間の準連続切片を作成し、HE 染色と平滑筋染色を施行した。

【成績】子宮頸部-坐骨棘間の厚みと抵抗に相関がみられた。経産婦は未産婦に比べ、子宮頸部に対しダグラス窩が低位となり、子宮頸部-坐骨棘間が薄くなっていた。また子宮頸部-坐骨棘間の結合組織の存在を、初産婦 5 例、経産婦 4 例で確認した。

【結論】経産婦での分娩によるダグラス窩の伸展と子宮頸部-坐骨棘間結合組織の疲弊が示唆され、骨盤臓器脱の誘因となる可能性が考えられた。

腹腔鏡下手術において体腔内縫合を行うために

鳥取大学¹⁾、倉敷成人病センター²⁾

出浦伊万里¹⁾、伊藤雅之¹⁾、谷口文紀¹⁾、岩部富夫¹⁾、原田省¹⁾、金尾祐之²⁾、安藤正明²⁾

【目的】腹腔鏡下手術において体腔内縫合は必須の手技である。実際に行われる縫合操作は術式によって異なり、それぞれの術式に合わせてスキルアップを図ることが必要である。今回、腹腔鏡手術の初心者がエキスパートの元での実地研修を経て、術者として体腔内縫合を行うようになった。術式別に必要とされる縫合操作を習得するためのトレーニングについて検討する。

【方法】ドライボックスを用いて縫合のトレーニングを行った。まず、体腔内縫合を始めるために行った基礎トレーニングについてビデオで供覧する。術式別—①腹腔鏡下卵巣嚢腫摘出術(LC)②腹腔鏡下筋腫核出術(LM)③全腹腔鏡下子宮全摘術(TLH)—に必要な縫合操作を挙げ、それらを習得するために行ったトレーニングと実際の手術手技をビデオで供覧する。

【結果】体腔内縫合を始めるためには、針の把持・運針・結紮という基礎トレーニングが必要であった。LCにおける卵巣の縫合、LMにおける子宮筋層・漿膜の縫合、TLHにおける腔断端の縫合は、いずれも実践に則したトレーニングにより習得することが可能であった。

【結論】体腔内縫合を習得するためには、実践を意識したトレーニングを継続することが重要であると考えられた。

当科における緊急手術での腹腔鏡下手術症例の検討

徳島県立中央病院

笠井由佳、三谷龍史、前川正彦

【はじめに】婦人科領域での腹腔鏡下手術は広く普及しているが、緊急手術においても同様に腹腔鏡下手術が選択されることが多い。当科でも可及的に腹腔鏡下手術を第一選択としてきたが、今回、緊急手術における腹腔鏡症例について検討したので報告する。【対象】平成18年4月～平成21年3月までの3年間に緊急手術をおこなった35例を対象とした。【結果】症例の内訳は子宮外妊娠が18例(51%)、卵巣腫瘍茎捻転が14例(40%)、卵巣腫瘍破裂が3例(9%)であった。子宮外妊娠で腹腔鏡を選択した症例は15/18例(83.3%)で、卵管切除術が12例、卵管切開術が1例であった。間質部妊娠の症例と、卵巣腫瘍合併卵管妊娠の症例は、出血が大量であったため開腹手術に移行した。術前から循環動態の不安定な症例や間質部妊娠と診断された症例は、最初から開腹手術を選択した。卵巣腫瘍茎捻転で腹腔鏡を選択した症例は9/14例(64.2%)で、1例は充実性卵巣腫瘍であったため途中で開腹手術へ移行した。術前に充実性腫瘍と診断された症例や、多嚢胞肝や腎不全などの内科的合併症のある症例は開腹手術を選択していた。腹腔鏡選択症例での輸血や術中・術後合併症は認めなかった。入院期間は予定の腹腔鏡手術と同様にパスに従い術後5日目で退院していた。【考察】出血や充実性腫瘍のため開腹手術に移行した症例以外は腹腔鏡で完遂できていた。緊急手術において今後も腹腔鏡下手術を第一選択の術式としていきたい。

腹腔鏡下に核出した靱帯内発育子宮筋腫の3例

愛媛大学

小泉幸司、藤岡 徹、小島淳美、松原裕子、兵頭慎治、片山富博、松原圭一、伊藤昌春

【緒言】靱帯内発育筋腫は広間膜内筋腫ともいわれ、広間膜（子宮広靱帯）内に発育した筋腫である。核出術の際には解剖学的な位置関係の把握と、尿管損傷への留意が必要である。今回、腹腔鏡下に核出した靱帯内発育子宮筋腫の3例を経験したので報告する。【症例1】35歳、0回経妊0回経産。不正性器出血にて近医受診、子宮筋腫を認め、酢酸リュープロレリン6か月投与後当科紹介受診した。腫瘤は靱帯内発育子宮筋腫で腹腔鏡下に核出を行った。【症例2】40歳、2回経妊2回経産。息切れを主訴に近医を受診、Hb5.3g/dlと高度貧血と子宮腫瘤を指摘され当科を紹介受診した。子宮右背側に子宮筋腫様腫瘤を触知し可動性は軽度制限されていた。酢酸リュープロレリン6か月投与後手術を施行した。子宮右背側の腫瘤は靱帯内発育子宮筋腫で腹腔鏡下に核出を行った。【症例3】35歳、0回経妊0回経産。不正性器出血を主訴に近医受診し子宮筋腫を指摘され、当科を紹介受診した。子宮粘膜下筋腫および靱帯内発育子宮筋腫を認め、それぞれ子宮鏡下および腹腔鏡下に筋腫核出を行った。【まとめ】腹腔鏡下子宮筋腫核出術の一般的な適応基準は、漿膜下および筋層内に存在する子宮体部筋腫が対象とされている。しかし靱帯内発育筋腫においても十分な視野が確保でき、他臓器損傷リスクの可能性が低いと判断された場合には、腹腔鏡下子宮筋腫核出術の適応になると思われた。

子宮頸管無力症を伴った胎盤脱出の1例

鳥取市立病院

丹羽家泰、片山典子、長治 誠、伊原直美、清水健治

妊娠中の胎盤脱出は稀な疾患である。今回我々は、流産既往の無い妊婦に発生した頸管無力症を伴う胎盤脱出の1例を経験したので報告する。症例は32歳で1経妊1経産。最終月経を2008年1月下旬とし自然妊娠し、妊娠8週にて当院初診となった。妊娠10週頃から子宮頸部軟化傾向があり、子宮腔部に易出血性のポリープ様腫瘤を認めた。超音波検査にて胎盤は後壁下方に付着していたが、内子宮口との位置関係は確認できなかった。腫瘤は妊娠経過に伴い増大し、MRI検査にて子宮頸管は全域で開大し腫瘤は胎盤の一部である事が判明した。妊娠継続は感染や出血などのリスクが高く母児共に予後不良と考えられ、治療的流産目的にて妊娠16週0日に入院となった。PGE1腔内挿入を開始し、3錠挿入にて胎児娩出となった。その後、治療的流産より5ヵ月後に再度自然妊娠し、妊娠6週にて当院受診となった。子宮口は閉鎖しているが妊娠初期より子宮頸管は非常に軟らかく、早期の頸管縫縮術が必要と考え、妊娠12週に頸管縫縮術を施行した。2009年6月現在妊娠32週で継続中である。本症例における胎盤脱出は非常に稀な疾患であり診断に苦慮した。頸管縫縮術を行なうにも困難な状態であり、手術そのものが術後感染のリスクを高める可能性が考えられた。妊娠継続した場合の母体感染や大量出血が起こる可能性があるが、胎盤脱出に関しての症例が少なく、詳細な予後については不明である。

臍帯脱出症例の二例

県立広島病院

占部 智、坂手 慎太郎、原 香織、中島 祐美子、頼 英美、吉本 真奈美、
藤東 淳也、伊達 健二郎、内藤 博之、上田 克憲、占部 武

【はじめに】臍帯脱出の多くは突然発症し、児の救命のためには迅速な対応が求められる。当科で経験した臍帯脱出の2例を報告する。【症例】症例1：妊娠33週5日の初産婦。骨盤位、前期破水のため当科に救急母体搬送となった。来院時、膣内に臍帯を認め、臍帯の脱出は外陰部に達したため、直ちに用手的に先進部の挙上を行いながら手術室に搬入、緊急帝王切開術を施行した。児は、1956g、Apgar scoreは9/10点、臍帯動脈血pHは7.396。診断後、児娩出までは13分であった。症例2：妊娠38週6日の当科管理の経産婦。前期破水で入院時、子宮口は1指開大で軽度の羊水混濁を認めた。その直後の胎児モニタリングで変動一過性徐脈が頻発したため再度診察を行ったところ、子宮口より臍帯が下垂。脱出した臍帯はさらに膣口より脱出したため用手的に先進部の挙上を行いながら手術室に搬入し、緊急帝王切開術を施行した。児は、2382g、Apgar scoreは1/6点、臍帯動脈血pHは7.334、診断後、児娩出までは16分であった。【まとめ】臍帯脱出は児娩出までの時間が児の予後を左右するため、急速遂娩の適応を満たさない場合は超緊急帝王切開が必要となる。今回は診断後、速やかに児娩出が行えたことで両児とも出生後の経過は良好であった。

当院における胎胞脱出症例の検討

岡山医療センター

立石洋子、小平雄一、塚原紗耶、今福紀章、高田雅代、中西美恵、多田克彦

(目的) 当院における胎胞脱出症例の短期予後、子宮頸管縫縮術の適応等について見直すこと。(対象と方法) H19.1月からH21.5月までに当院に入院となった胎胞脱出症例のべ44例について、診療録を用いretrospectiveに検討をおこなった。(結果) 44例のうち27例が生産、17例が流産であった。生産27例で、単胎24例、双胎2例、品胎1例であった。生産27例のうち、15例が発症時妊娠25週未満であり、このうち5例で縫縮術が行われていた。この5例はすべて初診時に出血がなく、膣培養検査から明らかな早産原因菌が検出されていない症例であった。5例の妊娠継続期間は中央値96日(26-104日)で、1例は25週に分娩となり、1例が品胎で30週で分娩となったが、その他3例はすべて36週以降まで妊娠継続可能であった。発症時が妊娠25週未満で縫縮術を施行しなかった10例のうち、縫縮術を行えた可能性のある症例が4例あった。妊娠継続期間の中央値は22.5日(6-34日)で分娩時週数が30週を超えた症例はなかった。(考察) 妊娠25週未満で縫縮術を行わなかった症例も良好な新生児予後を望める週数まで妊娠継続できてはいるが、縫縮術をおこなった症例は、NICU入院の必要がない週数まで妊娠継続可能であった。縫縮術が有効な症例が存在することが再認識され、症例を選択して縫縮術をおこなうことも今後検討したい。

胎胞膨隆患者の羊水中 IL-6 濃度からみた妊娠期間延長の可否

鳥取大学

月原 悟, 上垣 崇, 高井絵里, 荒田和也, 周防加奈, 出浦伊万里, 伊藤雅之, 岩部富夫,
原田 省

【目的】周産期医療において切迫早産の管理は極めて重要な問題である。特に胎胞膨隆症例は予後不良であることが多いが、治療により妊娠期間の延長が可能となる症例も存在する。本研究では、羊水中のサイトカイン濃度と胎胞膨隆症例の予後について検討した。【方法】倫理委員会の承諾を得て、2005 年 9 月から 2009 年 2 月までに、切迫早産管理を目的として母体搬送された妊娠 23 週から 33 週までの単胎妊娠のうち、初診時に胎胞膨隆を認めた 14 例を対象とした。塩酸リトドリン、硫酸マグネシウム、セフトリアキソンナトリウム、メトロニダゾール錠、ウリナスタチン錠などの投与および床上安静で治療した。羊水培養が陽性であった 1 例を除き、積極的に早期娩出は行わなかった。妊娠期間の延長が 2 週間未満であった非延長群 7 例と妊娠期間の延長が 2 週間以上可能であった延長群 7 例とに分けて、羊水中の Interleukin-6 (IL-6)、IL-8、顆粒球エラスターゼおよびブドウ糖濃度について比較検討した。【成績】羊水中の IL-6 (非延長群 vs 延長群、13.0 vs 1.8 ng/ml ; $p=0.002$)、IL-8 (5.9 vs 2.6 ng/ml ; $p=0.021$)、顆粒球エラスターゼ (0.63 vs 0.14 mg/ml ; $p=0.037$) およびブドウ糖濃度 (24.0 vs 35.7 mg/dl ; $p=0.049$) にはいずれにおいても両群間に有意差を認めた。母体血液中 CRP 濃度 (0.98 vs 0.27 mg/dl ; $p=0.60$) には差を認めなかった。

【結論】胎胞膨隆症例において、絨毛膜羊膜炎の指標となる羊水中 IL-6 濃度が高い症例は、治療による妊娠期間の延長が困難となる可能性が示された。

新発売



Wellnara® 含む使用上の注意」等につきましては、添付文書を参照してください。



経口エストラジオール・プロゲステロン配合
閉経後骨粗鬆症治療剤

薬価基準収載

ウェールナラ 配合錠

エストラジオール・レボノルゲストレル錠

指定医薬品・処方せん医薬品※ 注）注意：医師等の処方せんにより使用すること

Wellnara

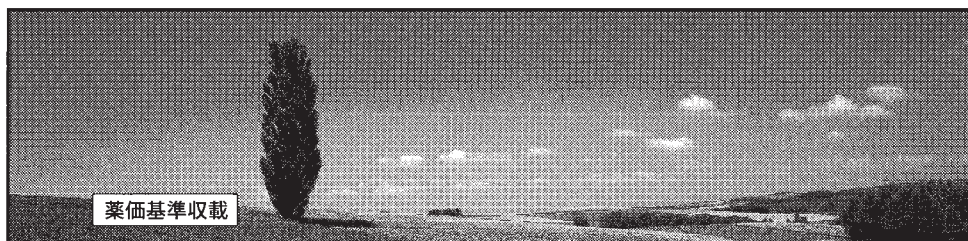
資料請求先
バイエル薬品株式会社
大蔵市北区梅田2-4-9 千530-0001
<http://www.bayer.co.jp/byl>



Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma

(2009年2月作成)

WEL-09-4012



薬価基準収載

人も地球も健康に
Yakult

抗悪性腫瘍剤（イリノテカン塩酸塩水和物）
劇薬・指定医薬品・処方せん医薬品※

カンプト® 点滴静注 40mg
100mg

抗悪性腫瘍剤（オキサリプラチン）
毒薬・指定医薬品・処方せん医薬品※

エルプラット® 注射用 50mg
100mg

5-HT₃受容体拮抗型制吐剤（インジセトロン塩酸塩）
劇薬・指定医薬品・処方せん医薬品※

シンセロン® 錠 8mg

活性型葉酸製剤（レボホリナートカルシウム）
指定医薬品・処方せん医薬品※

レボホリナート 点滴静注用 25mg
100mg 「ヤクルト」

※注意—医師等の処方せんにより使用すること

●「効能・効果」「用法・用量」「警告」「禁忌」「使用上の注意」等については添付文書をご参照ください。

〈資料請求先〉

株式会社ヤクルト本社

〒104-0061 東京都中央区銀座7-16-21 銀座木挽ビル
☎0120-589601（医薬学術部くすり相談室）

2009年3月作成



Neo Statin
LIVALO
Japan Origin

HMG-CoA還元酵素阻害剤
リバロ錠 2mg 1mg

指定医薬品、処方せん医薬品；注意—医師等の処方せんにより使用すること
(ヒタバスチンカルシウム製剤) 薬価基準収載

●効能・効果、用法・用量、禁忌・使用上の注意等は添付文書をご参照ください。

Kowa
製造販売元(東和薬業社)
興和株式会社
東京都中央区日本橋本町三丁目4-14
販売元
興和創業株式会社
東京都中央区日本橋本町三丁目4-14
提携
日産化学工業株式会社

09.2 作成



L

製造販売元＜資料請求先＞
持田製薬株式会社
東京都新宿区四谷1丁目7番地
電話(03)5229-3906(学術)〒160-8515

子宮内膜症治療剤 処方せん医薬品注 **薬価基準収載**

ディナゲスト錠 1mg
DINAGEST Tab.1mg (ジェノゲスト・フィルムコーティング錠)

注) 注意—医師等の処方せんにより使用すること

※「禁忌」、「効能・効果」、「用法・用量」、「使用上の注意」等の詳細は添付文書をご参照下さい。

2009年5月作成 (N3)

わたしたちが創ります その薬を待ち望む方のために



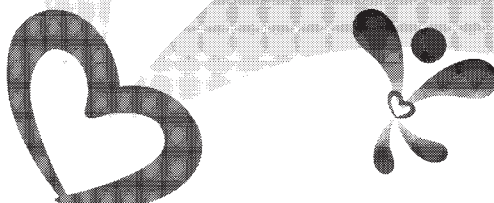
オーファンドラッグ、アンメット・ニーズ医薬品など、
患者さんや医者さんに待ち望まれている医薬品を研究開発し、
医療に貢献すること、それがわたしたちの使命です。

創業から6年、お蔭様で三つの新薬を
みなさまにお届けすることができました。

・ウィルソン病治療薬 ノベルジン®カプセル
(酢酸亜鉛製剤、2008年4月薬価収載)

・子宮内膜症に伴う月経困難症治療薬 ルナベル®配合錠
(低用量ノルエチステロン・エチニルエストラジオール配合製剤、2008年6月薬価収載)

・新生児けいれん、てんかん重積治療薬 ノーベルバル®静注用
(フェノバルビタールナトリウム製剤、2008年12月薬価収載)



薬価基準収載

子宮内膜症に伴う月経困難症治療剤

ルナベル®配合錠

LUNABELL® tablets

ノルエチステロン・エチニルエストラジオール配合製剤

処方せん医薬品（注意—医師等の処方せんにより使用すること）

●「効能・効果」、「用法・用量」、「禁忌を含む使用上の注意」等については製品添付文書をご参照ください。

販売（資料請求先：学術部）

日本新薬株式会社

〒801-8550 京都市南区西九条五丁目14

製造販売元

ノーベルファーマ株式会社

〒103-0024 東京都中央区日本橋小舟町12番地10

ルナベル：ノーベルファーマ株式会社 登録商標

2009年4月作成 A4/2



いのち、
守るもの。



経口用セフェム系製剤（日本薬局方 セフジニルカプセル、セフジニル細粒）薬価基準収載

セフゾン® 細粒小児用 10% カプセル 50mg/100mg

指定医薬品、処方せん医薬品
（注意—医師等の処方せんにより使用すること）

Cefzon®
（商号：CFDN）

キャンディン系抗真菌剤（注射用ミカファンギンナトリウム）薬価基準収載

ファンガード®点滴用 25mg/50mg/75mg

創薬、指定医薬品、処方せん医薬品
（注意—医師等の処方せんにより使用すること）

Funguard®
（商号：MCFG）

グリコペプチド系抗生物質製剤（注射用テコプラニン）薬価基準収載

注射用タゴシッド® 200mg

創薬、指定医薬品、処方せん医薬品
（注意—医師等の処方せんにより使用すること）

Targocid®
（商号：TEIG）

合成セファロスポリン製剤（注射用セファゾリンナトリウム水和物）薬価基準収載

セファメジン®α 点滴用キット 1g/2g 注射用 0.25g/0.5g/1g/2g 筋注用 0.25g/0.5g

指定医薬品、処方せん医薬品
（注意—医師等の処方せんにより使用すること）

Cefamezin®α
（商号：CEZ）

アステラス製薬株式会社
東京都板橋区蓮根3-17-1

[資料請求先] 本社 / 東京都中央区日本橋本町2-3-11

■ご使用に際しましては、製品添付文書をご参照ください。

感染症領域は、アステラス。

08/4作成 A41/2.A.02



これからも…
ひとりひとりの
笑顔に応えたい。



子宮内膜症に伴う月経困難症治療剤 薬価基準収載

ルナベル® 配合錠

LUNABELL® tablets ノルエチステロン・エチニルエストラジオール配合製剤

処方せん医薬品^注

注) 注意—医師等の処方せんにより使用すること

©: ノーベルファーマ株式会社 登録商標

おかげさまで **ルナベル® 配合錠** は発売1周年を迎えました。



効能・効果、用法・用量、禁忌および
使用上の注意等につきましては、
製品添付文書をご参照ください。



販売元 [資料請求先]

富士製薬工業株式会社

東京都千代田区紀尾井町3番19号
<http://www.fujipharma.jp>

製造販売元

ノーベルファーマ株式会社

東京都中央区日本橋小舟町12番地10

2009年6月作成



薬価基準収載



経皮吸収卵胞・黄体ホルモン製剤

指定医薬品、処方せん医薬品 注意—医師等の処方せんにより使用すること

メノエイド® コンビパッチ 新発売

エストラジオール・酢酸ノルエチステロン経皮吸収型製剤

●効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の
注意等については、添付文書をご参照下さい。



製造販売元 (資料請求先)

あすか製薬株式会社

東京都港区芝浦二丁目5番1号

販売

武田薬品工業株式会社

大阪府中央区道修町四丁目1番1号

2009年3月



骨粗鬆症治療剤
指定医薬品、処方せん医薬品[※]

薬価基準収載

エビスタ[®] 錠 60mg

ラロキシフェン塩酸塩錠

注）注意—医師等の処方せんにより使用すること

EVISTA[®]

※「効能・効果」、「用法・用量」、「禁忌を含む使用上の注意」等詳細については、添付文書をご参照ください。

販売（資料請求先）



中外製薬株式会社
〒103-8324 東京都中央区日本橋室町2-1-1

Roche ロシュ グループ

<http://www.chugai-pharm.co.jp>

製造販売元（資料請求先）



日本イーライリリー株式会社
〒651-0086 神戸市中央区競上通7丁目1番5号
<http://www.lillyanswers.jp>

2009年1月作成



中外製薬

Roche ロシュ グループ



at the Front Line
CHUGAI ONCOLOGY



5-HT₃受容体拮抗型制吐剤

劇薬、指定医薬品、処方せん医薬品^注

薬価基準収載

カイトリル[®]

注 1mg・3mg
点滴静注用 3mgバッグ
錠 1mg・2mg 細粒 0.4%

KYTRIL[®] グラニセトロン塩酸塩製剤

注) 注意—医師等の処方せんにより使用すること

® F. ホフマン・ラ・ロシュ社(スイス)登録商標

※効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意、用法・用量に関連する使用上の注意等については製品添付文書をご参照ください。

<http://www.chugai-pharm.co.jp>



(資料請求先)
製造販売元

中外製薬株式会社

〒103-8324 東京都中央区日本橋室町2-1-1

2008年9月作成



SEROTONE



5-HT₃アンタゴニスト(制吐剤)

薬価基準収載

セロトーン® 静注液10mg
錠10mg

指定医薬品、処方せん医薬品(注意—医師等の処方せんにより使用すること)

Serotone®

(アザセトロン塩酸塩)

効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等については添付文書をご参照ください。

販売元(資料請求先)
鳥居薬品株式会社
東京都中央区日本橋本町3-4-1

製造販売元
日本たばこ産業株式会社
東京都港区虎ノ門二丁目2番1号

2009年6月作成

薬価基準収載

ラクトミン、酪酸菌、糖化菌製剤

ビオスリー®散

ビオスリー®錠

活性生菌製剤



◆「効能・効果」、「用法・用量」、「使用上の注意」等については、製品添付文書をご参照ください。

2007年12月作成

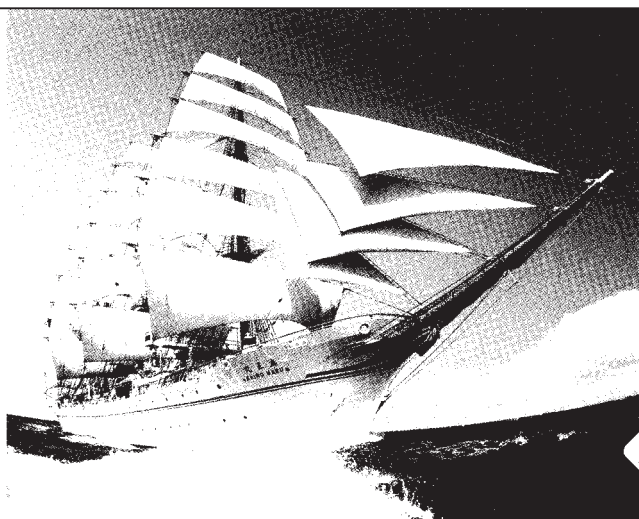
発売元
資料請求先

東亜新薬株式会社

〒151-0073 東京都渋谷区笹塚 2-1-11
TEL 03(3375)0770 FAX 03(3375)0655
<http://www.toashinyaku.co.jp>

製造販売元 **東亜薬品工業株式会社**

販売元 **鳥居薬品株式会社**



新発売



骨粗鬆症治療剤

薬価基準収載

リカルボン錠 1mg

ミノドロシ酸水和物錠

RECALBON

劇薬、指定医薬品、処方せん医薬品^(注)

(注) 医師等の処方せんにより使用すること

●効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等、
詳細は製品添付文書をご参照ください。

資料請求先



小野薬品工業株式会社

〒541-8564 大阪市中央区久太郎町1丁目8番2号

090401



尿失禁・頻尿治療剤

指定医薬品、処方せん医薬品 (注意—医師等の処方せんにより使用すること)

薬価基準収載

バップフォー錠 10・20

BUP-4 tablet 10・20 一般名：塩酸プロピベリン

効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等につ
きましては添付文書をご参照ください。



製造販売元
資料請求先
(医薬品情報室)



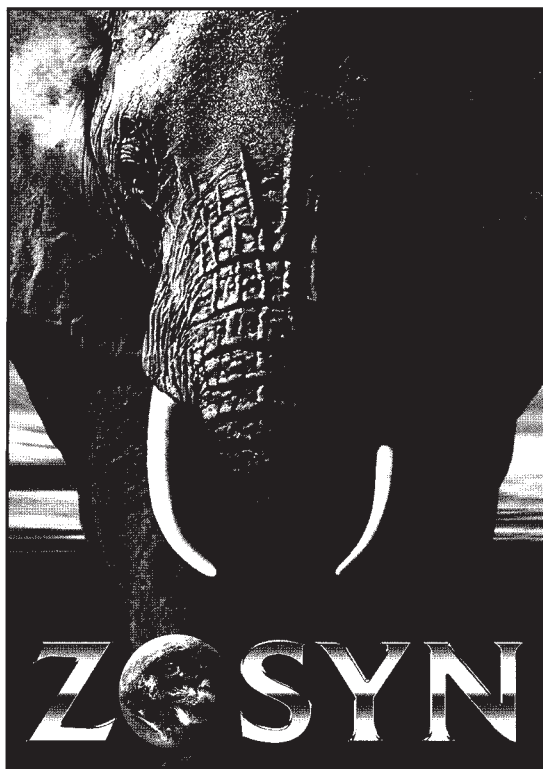
大鵬薬品工業株式会社

〒101-8444 東京都千代田区神田錦町1-27

TEL. 0120-20-4527

<http://www.taiho.co.jp/>

2009年2月作成



新発売

β-ラクタマーゼ阻害剤配合抗生物質製剤

指定医薬品、処方せん医薬品^(注)

薬価基準収載



ゾシン[®] 静注用 2.25/4.5

ZOSYN[®] 注射用タゾバクタムナトリウム・ピペラシリンナトリウム
(略号 TAZ/PIPC)

(注) 注意—医師等の処方せんにより使用すること

「効能又は効果」、「用法及び用量」、「禁忌を含む使用上の注意」、「効能又は効果に関連する使用上の注意」、「用法及び用量に関連する使用上の注意」については添付文書をご覧ください。



発売〔資料請求先〕

大正富山医薬品株式会社
〒170-8635 東京都豊島区高田3-25-1



開発・製造販売

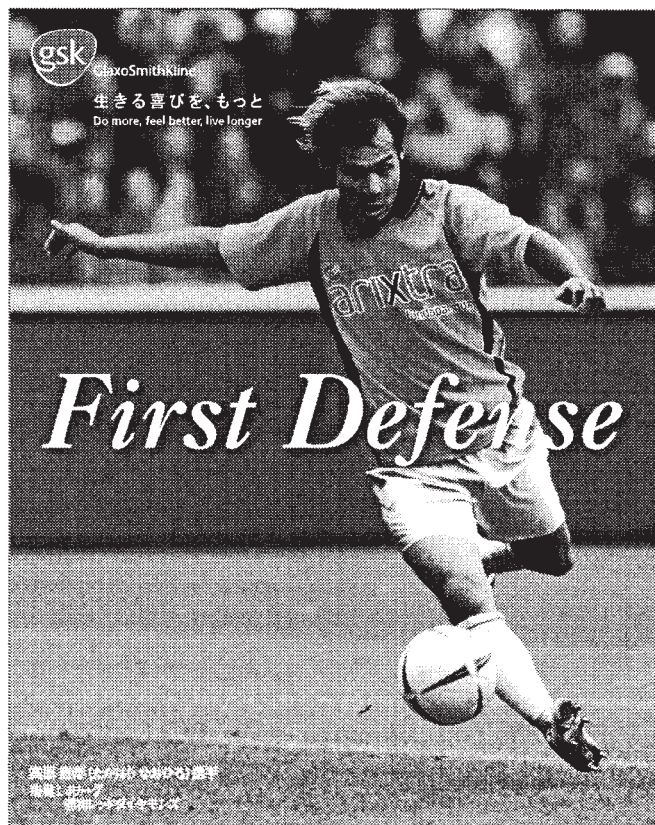
大鵬薬品工業株式会社
東京都千代田区神田錦町1-27



開発

富山化学工業株式会社
〒160-0023 東京都新宿区西新宿3-2-5

2008.10
ZSNB6



arixtra
fondaparinux

合成Xa阻害剤

薬価基準収載

指定医薬品 処方せん医薬品 (注意—医師等の処方せんにより使用すること)

アリクストラ[®] 皮下注1.5mg
皮下注2.5mg

フォンダパリナクスナトリウム注射液

Arixtra[®] Injection

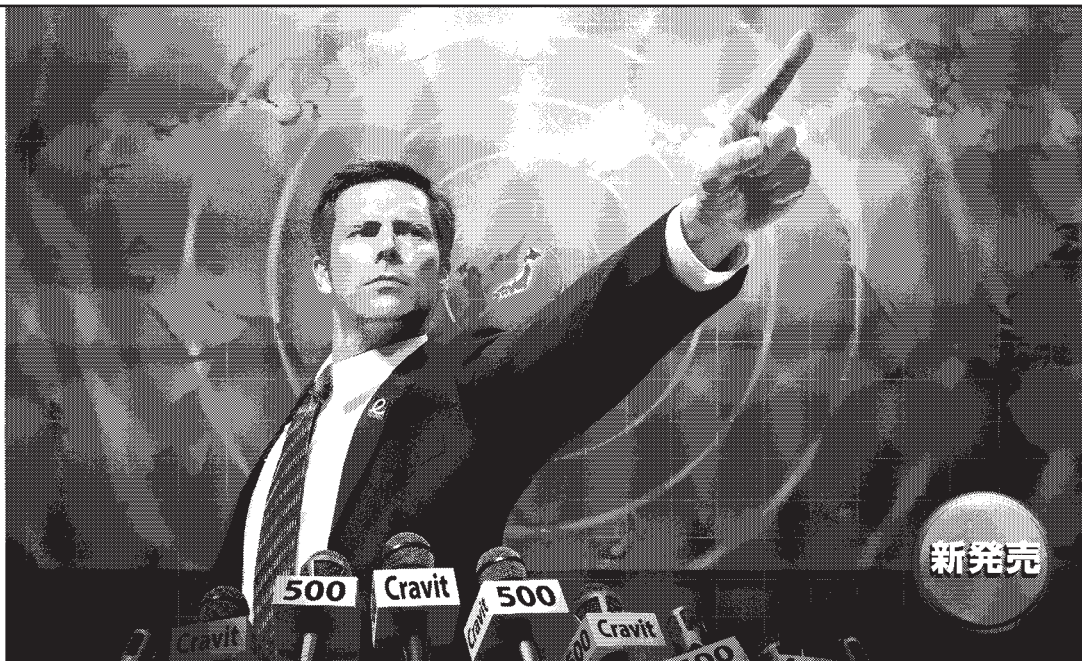
※「効能・効果」、「効能・効果に関連する使用上の注意」、「用法・用量」、「用法・用量に関連する使用上の注意」、「警告、禁忌を含む使用上の注意」については添付文書をご参照ください。

製造販売元 (資料請求先)

グラクソ・スミスクライン株式会社
〒151-8536 東京都渋谷区千駄ヶ谷4-6-15 GSKビル

TEL 0120-561-007 (受付—16:00/土日祝日も除く)
FAX 0120-561-047 (24時間受付)
http://www.glaxosmithkline.co.jp

2008年5月9日



広範囲経口抗菌製剤 処方せん医薬品*

クラビット®

錠 250mg・500mg 細粒 10%

Cravit CRAVIT® (レボフロキサシン水和物、略名：LVFX)

*注意—医師等の処方せんにより使用すること <薬価基準収載>

効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等の詳細につきましては、製品添付文書をご参照ください。

製造販売元(資料請求先)
 **第一三共株式会社**
 東京都中央区日本橋本町3-5-1

0907(0907)



製造販売元[資料請求先]

万有製薬株式会社

〒102-8667 東京都千代田区九段北1-13-12 北の丸スクエア
 ホームページ <http://www.banyu.co.jp/>

骨粗鬆症治療薬

フォサマック®錠35mg

Fosamac® Tablets 35mg

製薬・処方せん医薬品・注意—医師等の処方せんにより使用すること

アレンドロン酸ナトリウム 水和物 錠
<薬価基準収載>

【禁忌】、【効能・効果】、【用法・用量】、【使用上の注意】等については、製品添付文書をご参照ください。

Registered trademark of Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, N.J., U.S.A. 2008年7月作成 07-13-FSM-08-J-A08-J

その実績が、信頼の証。

がん治療の最前線で高い評価をいただく
ブリストル・マイヤーズの抗がん剤ラインナップ

抗悪性腫瘍剤 <一般名: バクリタキセル>

【特薬】
【指定医薬品】
【処方せん医薬品】

タキソール[®] 注射液 30mg 100mg

抗悪性腫瘍剤 <一般名: カルボプラチン>

【特薬】
【指定医薬品】
【処方せん医薬品】

パラプラチン[®] 注射液 50mg 150mg 450mg

抗悪性腫瘍剤 <一般名: カルボプラチン>

【特薬】
【指定医薬品】
【処方せん医薬品】

注射用 パラプラチン[®] 150mg

抗悪性腫瘍剤 <一般名: シスプラチン>

【特薬】
【指定医薬品】
【処方せん医薬品】

ブリプラチン[®] 注 10mg 25mg 50mg

抗悪性腫瘍剤 <一般名: エドボシド>

【特薬】
【指定医薬品】
【処方せん医薬品】

ベプシド[®] 注 100mg

抗悪性腫瘍剤 <一般名: エドボシド>

【特薬】
【指定医薬品】
【処方せん医薬品】

ベプシド[®] カプセル 50mg

抗悪性腫瘍剤 <一般名: エドボシド>

【特薬】
【指定医薬品】
【処方せん医薬品】

ハイドレア[®] カプセル 500mg

※注意-医師等の処方せんにより使用すること

効能・効果、用法・用量に関連する使用上の注意、警告、禁忌を含む
使用上の注意等については、製品添付文書をご参照下さい。



製造販売元

ブリストル・マイヤーズ株式会社

資料請求先: ブリストル・マイヤーズ株式会社 メディカル情報サービス部
東京都新宿区西新宿6-5-1
TEL: 0120-093-507

2008年1月作成

健康って、おいしい。

MEIJI
明治乳業

母乳サイエンスミルク明治ほほえみ。 それは調査と研究による成果の積み重ね。

80年にわたる母乳の研究。そしてひとつひとつの成果の積み重ね。

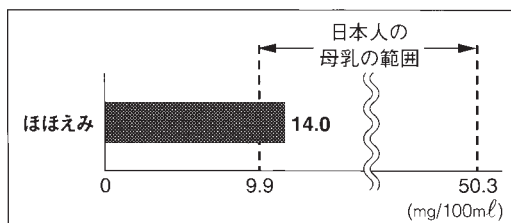
明治乳業は、母乳に近づく努力を重ねています。

ラクトアドヘリンの増強。

母乳に含まれる感染防御因子のラクトアドヘリンを増強しています。

DHAを日本人母乳の 平均レベルまで増強。

母乳に多く含まれ、乳児の脳や網膜の発達に重要な役割を果たすDHAを日本人の母乳の範囲内で増強しました。



「ほほえみ」のDHAの量

アラキドン酸を増強し、 DHAとのバランス（比率）を 日本人の母乳の範囲内に。

DHAとのバランスが大切とされるアラキドン酸を増強し、アラキドン酸とDHAとの比率を日本人の母乳の範囲内にしました。

ミルクリン脂質と イノシトールの増強。

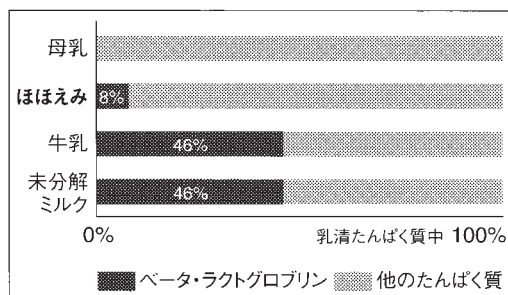
スフィンゴミエリンを豊富に含むリン脂質や、細胞内情報伝達経路において重要な役割を果たすイノシトールを増強しています。

コレステロールを 母乳の平均量まで増強。

コレステロールは細胞膜構成の必須成分です。「ほほえみ」では、母乳レベルのコレステロール摂取が可能となるよう、増強しています。

ベータ・ラクトグロブリンの分解。

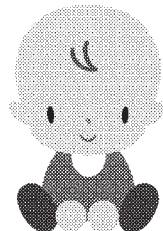
母乳には含まれず、アレルギーの原因となると言われるベータ・ラクトグロブリンを世界で初めて80%分解し、アレルギー性の低減を実現しました。



ベータ・ラクトグロブリンの量

ヌクレオチドを 母乳並の量とバランスで配合。

脂質代謝の改善をはじめ、免疫賦活作用・腸内菌叢に有効に働くヌクレオチドを母乳並の量とバランスで配合しました。



母乳サイエンスミルク
明治 **ほほえみ**®

母乳に限りなく近づけ母乳栄養の赤ちゃんの成長をめざします。

**POLA
PHARMA**

薬価基準収載

DIVIGEL

指定医薬品・処方せん医薬品（注意—医師等の処方せんにより使用すること）

経皮吸収エストラジオール製剤

ディビゲル® 1mg

DIVIGEL® 1mg

エストラジオール軟膏（ゲル）剤

*効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等は添付文書を参照してください。

製造販売元：株式会社 ポーラファルマ
東京都品川区西五反田 8-9-5

資料請求先：株式会社ポーラファルマ 学術
東京都品川区西五反田7-22-17

2008年10月作成

婦人科領域抗癌剤ラインナップ

抗癌性腫瘍剤 市薬・指定医薬品・処方せん医薬品*
ランダ® 錠
シスプラチン製剤
Randa® Inj.

抗癌性腫瘍剤 市薬・指定医薬品・処方せん医薬品*
ピルビン® 注射用 10mg・20mg
注射用ピルビン塩塩酸塩
Pinorubin® for Inj. 10mg・20mg

抗癌性腫瘍剤 市薬・指定医薬品・処方せん医薬品*
ラストット® 錠 100mg/5mL
エトポシド製剤
Laster® Inj. 100mg/5mL
抗癌性腫瘍剤 市薬・指定医薬品・処方せん医薬品*
ラストット Sカプセル 25mg・50mg
エトポシド製剤
Laster® S Cap. 25mg・50mg

抗癌性腫瘍剤 市薬・指定医薬品・処方せん医薬品*
ブレオ® 注射用 5mg・15mg・30mg
ブレオマイシン塩酸塩製剤
Bleo for Inj. 5mg・15mg・30mg

抗癌性腫瘍剤 市薬・指定医薬品・処方せん医薬品*
**カルボプラチン点滴静注液 50mg
150mg
450mg 「NK」**
カルボプラチン製剤
Carboplatin

抗癌性腫瘍剤 市薬・指定医薬品・処方せん医薬品*
**エピルビン® 塩酸塩 注射用 10mg
50mg 「NK」**
注射用エピルビン塩酸塩
Epirubicin

抗癌性腫瘍剤 市薬・指定医薬品・処方せん医薬品*
エクザール® 注射用 10mg
日本薬局方 注射用ビンブラスチン硫酸塩
Exal® for Inj. 10mg

抗癌性腫瘍剤 市薬・指定医薬品・処方せん医薬品*
**パクリタキセル® 注 30mg/5mL
100mg/16.7mL 「NK」**
パクリタキセル製剤
Paclitaxel Inj. 30mg/5mL・100mg/16.7mL 「NK」

*注意—医師等の処方せんにより使用すること

薬価基準収載

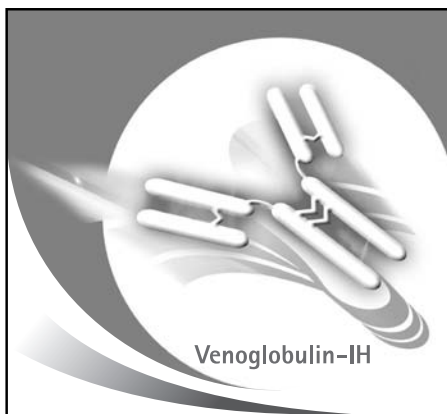
資料請求先



日本化薬株式会社
東京都千代田区富士見一丁目11番2号

'08.6作成

※警告、禁忌、効能・効果、用法・用量、使用上の注意などは、製品添付文書をご参照ください。



Venoglobulin-IH



血漿分画製剤（液状・静注用免疫グロブリン製剤）

薬価基準収載

献血 ヴェノグロブリン®-IH ヨシトミ

生物学的製剤基準 ポリエチレングリコール処理免疫グロブリン

指定医薬品、処方せん医薬品^注

Kenketsu Venoglobulin®-IH YOSHITOMI

献血

特定生物由来製品

注）注意—医師等の処方せんにより使用すること

血漿分画製剤（血液凝固阻止剤）

薬価基準収載

ノイアート®

生物学的製剤基準 乾燥濃縮人アンチトロンビンⅢ

指定医薬品、処方せん医薬品^注

Neuart®

献血

特定生物由来製品

血漿分画製剤（血液凝固阻止剤）

薬価基準収載

ノイアート® 静注用1500単位

生物学的製剤基準 乾燥濃縮人アンチトロンビンⅢ

指定医薬品、処方せん医薬品^注

Neuart 1500 UNITS FOR INTRAVENOUS

献血

特定生物由来製品

注）注意—医師等の処方せんにより使用すること

※〈禁忌〉〈原則禁忌〉〈効能・効果〉〈用法・用量〉〈使用上の注意〉等の詳細については、製品添付文書をご参照ください。

製造販売元（資料請求先）
株式会社 ベネシス
大阪市中央区平野町2-6-9

販売
田辺三菱製薬株式会社
大阪市中央区道修町3-2-10

VGX・NAT (A4 1/2) 2008年2月作成



PC OC情報提供サイト
<http://www.oc-rizum.jp>

Mobile OCケータイ情報
<http://oc-cycle.jp>



経口避妊剤

薬価基準未収載

マーベロン®21 マーベロン®28

（デソゲステル・エチニルエストラジオール錠）

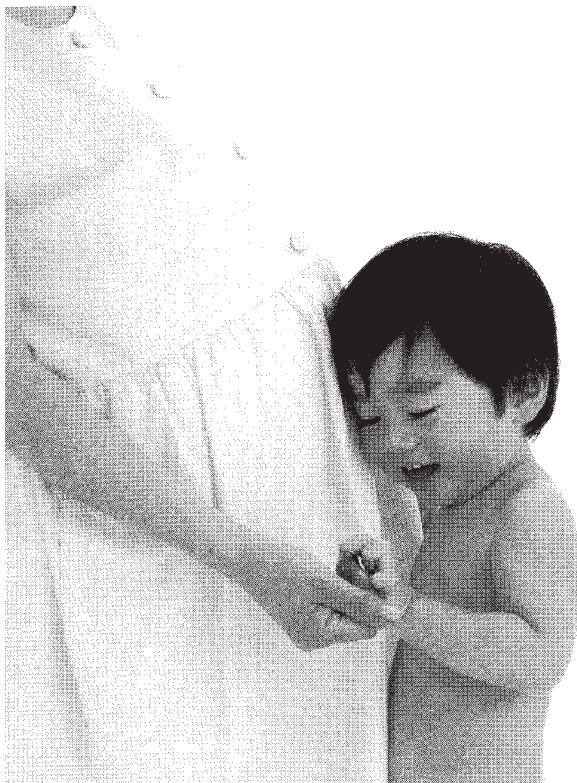
指定医薬品、処方せん医薬品（注意—医師の処方せんにより使用すること）

※効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等につきましては添付文書等をご参照下さい。

製造販売元 **シュering・プラウ株式会社**
〒541-0046 大阪市中央区平野町2-3-7
<http://www.schering-plough.co.jp/>

資料請求先 **カスタマーセンター**
フリーダイヤル 0120-275-189
〒163-1033 東京都新宿区西新宿3-7-1

2009年3月制作



切迫流・早産治療剤

劇薬・指定医薬品・処方せん医薬品^{注)}

ウテメリン[®]注50mg

UTEMERIN[®] injection 50mg 薬価基準収載

リトドリン塩酸塩注射液

注) 注意—医師等の処方せんにより使用すること。

切迫流・早産治療剤

日本薬局方リトドリン塩酸塩錠

指定医薬品・処方せん医薬品^{注)}

ウテメリン[®]錠5mg

UTEMERIN[®] Tab. 5mg 薬価基準収載

注) 注意—医師等の処方せんにより使用すること。

製造販売元

キッセイ薬品工業株式会社
松本市芳野19番48号

Zoladex SafeSystem

GnRHアゴニスト

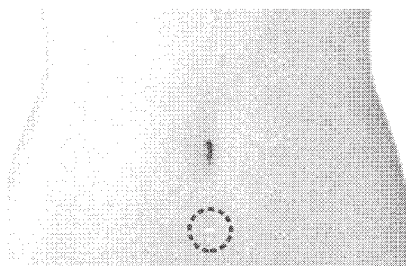
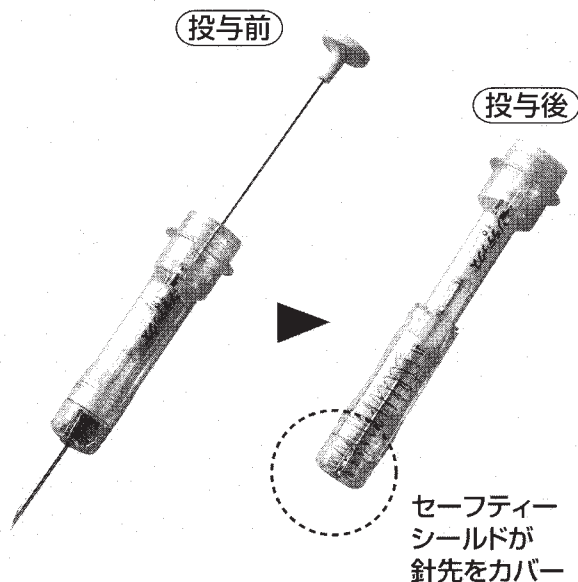
劇薬・指定医薬品・処方せん医薬品^{注)}

ゾラデックス[®] 1.8mgデポ

Zoladex[®] 1.8mg depot 薬価基準収載

ゴセレリン酢酸塩デポ

注) 注意—医師等の処方せんにより使用すること。



販売元

キッセイ薬品工業株式会社
松本市芳野19番48号

製造販売元

アストラゼナカ株式会社
大阪市北区大淀中1丁目1番88号

※各製品の「効能又は効果」、「用法及び用量」、「禁忌を含む使用上の注意」等につきましては、製品添付文書をご参照ください。

資料請求先：製品情報部 東京都中央区日本橋室町1丁目8番9号 Tel. 03-3279-2304 キッセイ薬品ホームページ：http://www.kissei.co.jp/

UZ011AN
2008年6月作成

エーザイの骨粗鬆症関連製品



骨粗鬆症治療剤／骨ペーজেット病治療剤

アクトネル[®]錠17.5mg

リセドロン酸ナトリウム水和物錠 ●薬価基準収載

劇薬 処方せん医薬品・注意－医師等の処方せんにより使用すること

骨粗鬆症治療用ビタミンK₂剤

グラケー[®]カプセル15mg

メナテレンオン製剤

●薬価基準収載

低カルボキシル化オステオカルシンキット

検体検査実施料収載

血清中低カルボキシル化オステオカルシン(ucOC)測定用医薬品

ピコルミ[®]ucOC[※]

電気化学発光免疫測定法

※販売提携品

●効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等については添付文書をご参照ください。



エーザイ株式会社

〒112-8088 東京都文京区小石川4-6-10

<http://www.eisai.co.jp>

商品情報お問い合わせ先：エーザイ株式会社 お客様ホットライン

☎0120-419-497 9～18時(土、日、祝日 9～17時)

ACL0903-6 2009年3月作成

めざしているのは、母乳そのもの。

母乳は赤ちゃんにとって最良の栄養です。

「ビーンスタークすこやか」は母乳が足りないときや

与えられないときに母乳の代わりに

お使いいただくためにつくられたミルクです。

最新の母乳研究をもとに、

母乳と同じ成分を配合することにより、

いっそう母乳に近づけています。

●おなかに大切な成分
シアル酸
オリゴ糖

●発育に重要な成分
リボ核酸(RNA)
ポリアミン
スクレオチド

BeanStalk

ビーンスターク・スノー株式会社

ビーンスターク・スノーホームページ <http://www.beanstalksnow.co.jp>



BeanStalk[®] は、大塚製薬株式会社の商標です。

Coated バイクリル プラス VICRYL® Plus

SSI対策における 新たな戦略。

バイクリル® プラスは、
コーティング剤に抗菌作用を持つ
「Irgacare® MP(トリクロサン)」を
添加した初めての抗菌縫合糸です。

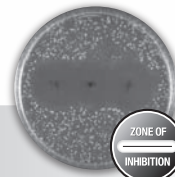
バイクリル® プラス縫合糸は、最も純度の高いトリクロサンである「Irgacare® MP」を使用
しており、縫合糸上の細菌のコロニー形成を抑制します。
外科手術において、全ての縫合糸は異物であり、病原体のコロニー形成の場となり得ます。
本製品は、最もSSIに関連性の高い病原体にその保護特性を発揮し、SSIのリスク低減
をサポートします。

Irgacare® MP(トリクロサン)

日本では1972年に医薬品として承認され、医薬部外品の原料
としては既に30年以上の使用実績があり、歯磨き粉・マウス
ウォッシュ・ハンドソープ・石鹸などに使用されています。※1

抗菌性の実証されている細菌

- 黄色ブドウ球菌
- 表皮ブドウ球菌
- メチシリン耐性黄色ブドウ球菌 (MRSA)
- メチシリン耐性表皮ブドウ球菌 (MRSE)



Coated VICRYL® Plus
Antibacterial Suture with
Staphylococcus aureus

高度管理医療機器 販売名: バイクリル® プラス 承認番号: 22000BZX01652000

参考資料

※1. Gilbert P. et al. A Literature-based Evaluation of the Potential Risks Associated with Impregnation
of Medical Devices and Implants with Triclosan. Surgical Infections, 2002, (3), Suppl., 2002, S-55 - S-63.

Barbott TA, et al. Chemistry and safety of triclosan, and its use as an antimicrobial coating on
Coated VICRYL® Plus Antibacterial Suture (coated polyglactin 910 suture with triclosan).
Surgical Infections, (Larchmt), 2002;3 Suppl 1:S45-53.

Irgacare® MPは ©ciba specialty chemical Inc. の登録商標です。

ETHICON
a Johnson & Johnson company

ジョンソン・エンド・ジョンソン 株式会社

エチコンジャパン マーケティング部

本社 〒101-0065 東京都千代田区西神田3丁目5番2号 TEL(03)4411-7901 FAX(03)4411-7371 <http://www.jnj.co.jp>

* 商標 ©J&J.KK2009

* グランシリンジには、注射針は付属して
おりませんので、別途ご用意ください。

KYOWA KIRIN

G-CSF製剤 指定医薬品、処方せん医薬品*

グランシリンジ®
75・150・M300

【薬価基準収載】一般名: フィルグラステム (遺伝子組換え)

※注意 - 医師等の処方せんにより使用すること

製造販売元

【資料請求先】

協和発酵キリン株式会社

東京都千代田区大手町一丁目6番1号 〒100-8185

www.kksmile.com

効能又は効果、用法及び用量に関連する使用上の注意及び
禁忌を含む使用上の注意等は添付文書をご覧ください。

2008年10月作成
®登録商標