

P4-49

当院における精神疾患合併妊産婦の検討

山梨赤十字病院 産婦人科

○渡邊 直子¹⁾、堀内 英子²⁾、田中みや子³⁾

精神疾患は妊産婦の合併症のなかで頻度が高く近年増加傾向にあるが、精神科を有さない産科医療機関にとっては扱いづらい合併症である。当院は精神科を有さない医療機関であり、精神科の入院設備の整った産科医療施設には1時間以上の移動が強いられる。精神疾患を合併している妊産婦はその疾病で生命に危険があるわけではないので、症状が落ち着いていれば通院しやすい医療機関での健診を希望されることも多い。よって当院でも精神疾患合併妊産婦の管理が必要となってきている。そこで当院で妊婦健診、出産を行った精神疾患合併妊産婦22症例につき検討した。妊娠前から精神薬、漢方などを定期的に服用していた妊産婦は12症例であった。精神疾患の悪化で帝王切開となった症例はなかった。しかし妊娠後期に精神的に不安定となり計画分娩となった症例が8症例あり、そのうち2症例は産科的適応で緊急帝王切開となった。妊娠初期と出産後1か月の母の状態を比較すると、内服していた6症例が悪化し家族の育児支援が必要であったが、内服していた3症例は軽快し薬が減量となり通常の育児を行っていた。症状が安定してない精神疾患を合併している妊産婦を、精神科のない医療機関で診察することは医療従事者にとっては負担が大きい。しかし、このような妊産婦こそ妊娠から育児まで家族や行政の支援が必要となることを考えると、容易に通院でき地域の行政とも太いパイプをもつ当院のような妊産婦の地元の医療機関で分娩し、さらに出生児を小児科につなぎ医療機関、家族、行政で母子をみまもることは重要である。今後このような妊産婦の診察が精神科を有さない医療機関でも容易になる精神科医療機関との連携のシステム作りが必要であると考えられた。

P4-51

妊娠初期における細菌性膣症の診断意義について

秋田赤十字病院 検査部¹⁾、秋田赤十字病院 産科²⁾

○菊池 桂舟¹⁾、佐藤 慶子¹⁾、畠山菜々美¹⁾、加藤 大生¹⁾、佐藤多佳子¹⁾、石井 透¹⁾、平野 秀人¹⁾、真田 広行²⁾、細谷 直子²⁾

目的：細菌性膣症（BVと略す）は流早産の原因となる。Nugent score（Nスコアと略す）はBVの指標として日常臨床で広く使用されている。妊娠初期におけるBVの治療は流早産の予防に有効であるとの報告は多いが、最近では妊娠初期の治療は意味がないとの報告もある。当院では、1昨年度まで秋田県の補助により、全妊婦を対象として、妊娠初期にNスコアを行ってきた。後方視的にBVの有無と流早産の関係を検討し、妊娠初期にBVを診断する意義について考察した。対象：2015年4月～2017年3月まで、妊娠初期より当院で妊婦健診を受診し、出産に至った単胎妊娠で、円錐切除術非施行症例（非切除群と略す）603例、円錐切除術施行症例（切除群と略す）17例を対象とした。BVに対し抗菌薬による治療を行ったもの、産科的適応による人為的早産を除外した。なお、Nスコア7点以上をBV群、6点以下を非BV群とした。結果1. 非切除群において、分娩週数（平均±SD）、早産率、妊娠28週未満の超早産率は、非BV群（541例）の38.0±2.4週、3.0%、0.4%に対し、BV群（62例）は37.1±5.0週、4.8%、1.6%と、両群間に有意差を認めなかった。2. 切除群では、非BV群（10例）の37.4±2.4週、20.0%、0.0%に対し、BV群（7例）は31.3±10.9週、42.9%、28.6%と早産率、超早産率は高く、平均分娩週数は早かったが有意差はなかった。3. BV症例において、非切除群に対し、切除群では早産率、超早産率は有意（P<0.05）に高かった。結論：非切除群では、妊娠初期におけるBVの有無は流早産の発生に影響を及ぼさなかったが、切除群ではBVの場合、流早産の危険性が高いことから、Nスコアを行う意義のあることが示唆された。

P4-53

難治性てんかん合併妊婦に対する帝王切開の麻酔管理

静岡赤十字病院 麻酔科

○曲 徳泰¹⁾、金田 徹²⁾、渡邊 薫³⁾、渡部 恭大⁴⁾

てんかんは全妊婦の約0.5%に合併し、その多くは自然分娩可能であるが1～2%程度は分娩中に強直間代発作を起こすと言われている。近年催奇形性の少ない抗てんかん薬が使用されている中、今回薬物治療にもかかわらず難治性てんかんを合併する妊婦に対する帝王切開の麻酔管理について報告する。【症例】35歳女性。10歳時に特発性全般性てんかんと診断され薬物治療を行ってきたが発作抑制のため薬剤調整を行い今回妊娠に至った。その他既往なし。妊娠経過中神経内科医による薬物治療を行うも難治性であり、分娩法の十分な検討の結果37週6日での帝王切開が予定された。麻酔管理の要点を術中大発作の予防と安全な児の娩出とし、検討の結果硬膜外麻酔併用脊髄くも膜下麻酔を選択した。手術当日は可能な限り安静を保ち手術室へ入室した。Th11/12より硬膜外腔を穿刺しカテーテル挿入後、L3/4より0.5%高比重マーカイン2.4mlによる脊髄くも膜下麻酔を施行した。手術開始から5分後に無事児を娩出した。アプガー指数は1分値7点、5分値8点であった。術中ベビーと面会し発作を起こさず穏やかに経過し手術終了した。術後経過も良好で術後9日目に退院した。【考察】本症例は厳密な薬物治療にもかかわらず妊娠経過中の発作を完全に予防することが困難で時折発作が見られた。そのため今回帝王切開術が予定されたが、麻酔法については胎児の薬物暴露予防の観点から局所麻酔を選択した。児娩出前の発作に対してはチオペンタール投与を計画し、状況により全身麻酔へ移行することとした。今回難治性てんかん合併妊婦の帝王切開に際して、胎児への影響を考慮し局所麻酔にて安全に麻酔管理し得た。周術期でのてんかん発作の予防と発作時の対応を想定した慎重な麻酔管理が重要と考えられた。

P4-50

妊娠初期より絨毛膜下血腫のために入院管理を要した12症例の検討

名古屋第一赤十字病院 産婦人科

○夫馬 和也¹⁾、津田 弘之²⁾、朝比奈録央³⁾、正橋 佳樹⁴⁾、上田 真子⁵⁾、大西 主真⁶⁾、奥原 充香⁷⁾、江崎 正俊⁸⁾、木村 晶子⁹⁾、猪飼 恵¹⁰⁾、西子 裕規¹¹⁾、栗林 ももこ¹²⁾、齋藤 愛¹³⁾、坂堂美央子¹⁴⁾、廣村 勝彦¹⁵⁾、安藤 智子¹⁶⁾、水野 公雄¹⁷⁾

2017年7月から2018年6月の1年間で絨毛膜下血腫（SCH）を発症し当院に入院になった12症例を検討した。年齢は24-42歳、入院時週数は8-19週であった。3例は人工妊娠中絶を選択され、母体保護法に基づき施行した（臨床的絨毛膜羊膜炎2例、出血多量・常位胎盤早期剥離による緊急帝王切開1例）。早産は4例であり、28週未満のextremely preterm birthが3例あった（1. 妊娠26週完全破水、骨盤位のため緊急帝王切開を施行。胎盤病理にて絨毛膜羊膜炎3度、臍帯炎3度を認めた。2. 妊娠23週に緊縮抑制困難となり経陰分娩。新生児死亡。胎盤病理にて部分早期剥離の所見を認めた。3. 妊娠26週に強出血を認め緊急帝王切開を施行。胎盤病理にて絨毛膜羊膜炎なし）。出血が落ち着き経過良好にて退院後、正期産となった症例が2例あった。現在妊娠中の症例は3例であった。以上の事からSCHの臨床経過は大きく分けて3つある。A. 急性出血をきたし妊娠延長が困難になるケース、B. 絨毛膜羊膜炎により早産に至るケース、C. 血腫が消退し経過良好となるケース、である。SCHに対する治療法で確立しているものはない。SCHに対して予防的抗生剤投与を行うことで、絨毛膜羊膜炎への進展を防ぎextremely preterm birthを減らす可能性がある。

P4-52

当院のがん・生殖医療への取り組み

名古屋第一赤十字病院 産婦人科

○齋藤 愛¹⁾、安藤 智子²⁾、江口 智子³⁾、上田 真子⁴⁾、大西 主真⁵⁾、奥原 充香⁶⁾、木村 晶子⁷⁾、三澤 研人⁸⁾、猪飼 恵⁹⁾、夫馬 和也¹⁰⁾、西子 裕規¹¹⁾、栗林 ももこ¹²⁾、手塚 敦子¹³⁾、坂堂美央子¹⁴⁾、廣村 勝彦¹⁵⁾、津田 弘之¹⁶⁾、水野 公雄¹⁷⁾

【目的】近年、がん治療の進歩により、その長期生存率は向上してきている。それに伴い、若年がん患者における妊孕性温存に高い関心が寄せられている。当院では2005年から医学的適応による精子凍結保存、2015年から卵子凍結保存を開始した。2005年のがん・生殖医療への取り組みの現状と今後の課題につき検討する。【方法】当院でがん・生殖医療に紹介となったがん治療における妊孕性温存を希望する症例の治療と転帰につき後方視的に検討した。【結果】97例が精子凍結を希望し、原疾患は約8割が血液疾患であった。凍結直前に化学療法を施行した29例のうち16例が凍結可能であったが、10例で重症の乏精子症を認めた。凍結前化学療法がなかった症例では全例で凍結が可能であった。2例が凍結精子を用いた顕微授精、胚移植で妊娠、挙児を得ている。治療前の卵子・胚・卵巣組織凍結を希望して紹介された症例のうち、5例が他院で卵子凍結を施行し、当院で卵子・胚凍結を施行したのは12例であった。1例が凍結卵子を用いて妊娠、分娩に至り、1例は治療後に月経が再開し、自然妊娠に至った。卵巣組織凍結は他院に紹介し1例施行した。卵子・胚凍結を希望したものの断念した症例は、血液疾患が多く、原疾患の治療の遅延や全身状態不良などの理由が主であった。【結論】当院では院内でがん治療と妊孕性温存治療が可能であり、情報共有や迅速な対応、患者の受診の負担軽減などにおいて有益である。今後は、がん治療開始前の短期間で自己決定支援のため、臨床心理士、院内がん相談室、病棟スタッフなど多職種が関わる体制の整備を検討していく必要がある。

P4-54

骨盤深部子宮内膜症 一当院での治療経験とその功罪一

熊本赤十字病院 産婦人科

○藤戸 祥太¹⁾、村上 望美²⁾、柴崎 聡³⁾、井手上隆史⁴⁾、三好 潤也⁵⁾、荒金 太⁶⁾、福松 之敦⁷⁾

骨盤深部子宮内膜症（deep infiltrating endometriosis以下DIE）は腹膜表面から5mm以上浸潤した子宮内膜症と病理学的に定義される。DIEは、ダグラス窩に発生することが多く、排便痛や性交痛など著明な疼痛の原因となるため、女性のQOLを著しく低下させる疾患である。その治療法としては対症療法やホルモン療法などの保存療法と手術療法がある。手術療法の中でも腹腔鏡下手術は、その深部到達能によりDIE切除に有効である。一方、腹腔鏡下手術にはその操作中に腸管・尿管や骨盤神経を損傷すること起こる排尿障害や腸管損傷、術後には癒着や線維化、再発のリスクといった問題点も報告されている。当院で2016年4月～2017年7月にダグラス窩閉鎖を伴い、rASRMスコアStage4で腹腔鏡下DIE切除術を施行した33例のうち、もともと自覚症状を認めなかった9症例を除いた24症例のうち22症例で疼痛の軽減を認め、術後合併症は0例であった。当院で特に著明な疼痛軽減を認めたDIEの一症例を提示する。症例は40歳女性で主訴が肛門痛・下腹部痛で当科受診された。骨盤MRI検査で両側卵巣に両側T1、T2、T1脂肪抑制で高信号の内容物を含む多房性嚢胞性病変を認め、チョコレート嚢胞と診断した。これらは正中中部で癒着しており、直腸前壁に癒着による索状影が形成され、子宮後壁との癒着が疑われた。鎮痛剤及びジェノグエスト服用で手術待機の方針としたが、症状コントロール困難となり、腹腔鏡下卵巣嚢腫摘出術・子宮内膜病巣除去術・癒着剥離術を施行した。術後合併症なく経過し、著明な疼痛の軽減を認めた。この治療経験を元に、DIE切除の有効性について検討し、文献的考察を加え報告する。

11月16日(金)
一般演題(ポスター)
抄録