



JAOG Information

社団法人 日本産婦人科医会 勤務医ニュース

No.41

第31回 日本産婦人科医会学術集会・千葉大会特集

“ 黒潮おどる房総に稔りある集いとさらなる飛躍を求めて ”

日本産婦人科医会学術集会・千葉大会会長 北原 敬市



平成16年度の日本産婦人科医会学術集会が、関東ブロック担当にて、直接担当支部には千葉県が指名され、誠に光栄とは存じますが、その責務の重大さに身の縮む思いでございます。しかし、お引き受け致しましたからには何としても立派な大会として成功裏に終始させるべく活発なる討論をもって稔り多き集会となりますよう、プログラムを用意させて頂きました。特に今大会では、産婦人科医療を巡る大切な問題について、行政や日医などの関係団体と会員との意見の交流を図り、将来への展望を開こうとシンポジウムを企画致しました。学会や医会などでも話題にされていますが、さらなる意見交換が必要であると考えられます。産婦人科医の方々、是非ともご参会下さいまして、忌憚ないご意見をご披露下さいませよう希望申し上げます。

また憩いの余暇の一刻^{とき}の観光として、成田山新勝寺、佐倉順天堂などの名所、旧跡、それに最新の話題提供力所、

東京ディズニーシー、東京ディズニーランドなどが皆さまのおいでをお待ち申し上げます。

なお、当日は第108回日本産科婦人科学会関東連合地方部会総会(会長：千葉大学大学院関谷宗英教授)が幕張メッセ国際会議場において開催されます。医会学術集会千葉大会参加者には、ご希望により関東連合地方部会へご招待させていただき、関東地区大学からの若い産婦人科医との意見交換をしていただきたく願っております。またランチョンセミナー、公開講座なども共催致しておりますので、多数ご参加下さいますようご案内申し上げます。

大変申し遅れてしまい申し訳ございませんが、本大会開催に当たりましては、日産婦医会関東ブロック会小林会長を中心として関ブロ各県支部長先生をはじめ会員各位の物心両面にわたる絶大なるご支援を賜りまして誠に心強く、千万人の味方を得た心地にて事に当たることができました。心より感謝申し上げます、厚く御礼申し上げます。



幕張新都心(マリンスタジアム、幕張メッセ)



なのはな



海ほたるとアクアライン

目次

第31回日本産婦人科医会学術集会・千葉大会特集	
“ 黒潮おどる房総に稔りある集いと	
さらなる飛躍を求めて ”	1
大会プログラム	2
生涯研修	2 ~ 7

女性医師 私の結婚・出産・育児の経験	
- 育児と仕事、私はこうして乗り切った -	8 ~ 9
勤務医委員会報告	10
編集後記	10

大会プログラム

平成16年10月9日(土)

会場：幕張プリンスホテル

11:00~13:00	勤務医担当者座談会		
13:00~13:30	開会式		
13:30~17:30	生涯研修		
	・胎児画像診断の新しい展開	千葉大学医学部付属病院講師	長田 久夫
	・感染症の予防を目的とした婦人科手術の術前・術後対策	順天堂大学浦安病院助手	池田 申之
	・卵巣腫瘍の診断と治療	東京慈恵会医科大学柏病院講師	小林 重光
	・子宮体癌とホルモン療法	日本医科大学千葉北総病院助教授	鴨井 青龍
	・日常診療で見落としていた所見 - われわれの経験した皮膚障害を中心にして -		
		東邦大学佐倉病院助教授	木下 俊彦
	・子宮外妊娠の診断と治療の再検討	帝京大学市原病院助教授	梁 善光
	・更年期障害に対する治療戦略 - QOL 向上のためのロードマップ -		
		東京歯科大学市川総合病院講師	高松 潔

平成16年10月10日(日)

会場：幕張プリンスホテル

9:00~9:30	基調講演「産婦人科医が抱える問題点と対応策」	講師	日本産婦人科医会副会長	新家 薫
9:35~11:55	シンポジウム「産婦人科医療の現状と今後」			
	- 全国民に平等で安全な産婦人科医療サービスを提供するためには -			
	コーディネーター	日本産婦人科医会副会長		清川 尚
	コーディネーター	日本産婦人科医会千葉県支部理事		神谷 直樹
	シンポジスト	厚生労働省		
	シンポジスト	日本医師会常任理事		田島 知行
	シンポジスト	東京歯科大学市川総合病院教授		田邊 清男
	シンポジスト	日本産婦人科医会医療対策委員会委員長		可世木成明
	シンポジスト	日本医師会有床診検討委員会委員・医会理事		小林 高
12:00~12:55	ランチョンセミナー（5会場にて開催）			
13:10~14:10	公開講座「脳からみた生殖の話」	座長	日本産科婦人科学会千葉地方部会会長	関谷 宗英
		講師	東京大学医学部名誉教授	養老 孟司
14:15~14:45	閉会式			

生涯研修

胎児画像診断の新しい展開

千葉大学医学部付属病院
周産期母性科講師

長田 久夫



胎児画像診断は、診断装置の開発改良に伴い飛躍的な進歩を遂げ、産科診療に欠かすことのできない存在となっている。さらに最近、超音波法では画像の3次元化、MRI法では撮像の高速化が可能となり新しい展開を見せようとしている。本研修では、これらの3次元超音波法や高速MRI撮像法を用いた胎児画像診断の実際について自験例を交えて概説するとともに、今後の新たな応用の可能性について当科で行ってきた検討内容を紹介する。

1) 3次元超音波法：

3次元超音波法では、断層法用のプローブを動かして多

数枚の断層画像として3次元データを収集した上に、任意断面構築・サーフェスレンダリング・ボリュームレンダリング等のコンピュータ処理を行うことによって、直交3断面同時表示・表面表示・骨格表示などの実用性が高い表示を提供することができる。これらによって、胎児の体表や骨格の形態異常の詳細な観察、ならびに各種胎児計測に適した断面の描出とそれによる正確な計測が可能となる。また、逼真性のある3次元画像を通じて胎児をより実感することができ、母性の早期自覚、その後の良好な母子関係の確立に役立つとも期待される。

さらに3次元データは対象物の容量測定を可能にするが、その一応用例として胎児肺の絶対容量の測定について紹介する。胎児肺低形成は出生直後から嚴重な呼吸管理を必要とし、出生前の正確な診断ならびに重症度判定が求められる。そこで当科では、3次元超音波装置を用いた容量解析によって妊娠週数ごとの胎児肺の正常容量を決定し、測定値が肺形成の指標として応用可能かを検討した（J Ultrasound Med 2002；21：841-7）。

2) 高速MRI撮像法：

MRIが臨床医療に登場してから30年近くが経過するが、

1977年に Mansfield によって echo - planar imaging (EPI) が最初に報告されて以後、様々な高速度撮像法が開発されてきた。現在臨床 MRI 装置で利用されている撮像法は、spin - echo (SE) 法と gradient - echo (GRE) 法に大別される。前者は、1 回の 90°パルスに対して複数の 180°パルスを繰り返し加え、スピネコーごとに異なる位相エンコードを用いて撮像時間を短縮する方法である。中でも HASTE 法ならびに SSFSE 法は、k - space における対称性を利用し通常の半分の位相エンコードを省略するもので撮像時間はさらに短縮される。

胎児 MRI は元々超音波法に比して、①児の胎位胎向にかかわらず、矢状断・前額断・冠状断の 3 方向の撮像が可能である、②骨に囲まれた胸郭内や頭蓋内も鮮明に描出できる、③羊水量の増減にかかわらず鮮明な画像が得られるなどの長所を持つ。これらに加え、高速度撮像法によって撮像時間の大幅な短縮がもたらされ、胎動を減じるための前処置は不必要となり息止めのみにて鮮明な画像が得られるようになった。

3 次元超音波法と同様に、高速度 MRI 撮像法が提供する鮮明な連続画像は対象物の容量測定を可能にする。また、個々の臓器のシグナル強度は水分含有量を反映する。そこで当科では、胎児肺の絶対容量を測定するとともに、肺形成の質的評価の指標としてシグナル強度の相対値の算出を行い、両者によって出生後の呼吸障害を予知できるかを検討したので紹介する (Radiology 2004 ; 231 : 887 - 92)。

最近の胎児画像診断の進歩は加速度を増し、今後これによって得られる胎児情報は膨大なものになろうとしている。しかし、胎児画像診断が胎児治療、新生児治療に結びつかないケースも当然生じてくる。ここで重要なのは、両親に対するきめの細かい心理的ケアである。告知の時期や方法の十分な検討、ならびにその後のカウンセリング体制の充実が望まれる。

感染症の予防を目的とした 婦人科手術の術前・術後対策

順天堂大学浦安病院助手

池田 申之



術後感染は、術野感染と術野外感染に分けられる。術野感染は、手術操作が直接及ぶ部位の感染症であり、アメリカの CDC (Center for Disease Control and Prevention) では、SSI (Surgical Site Infection) という言葉を用いている。術野外感染は、手術操作が直接及ばない部位の感染であり、呼吸器感染やカテーテル感染、尿路感染が含まれる。術野外感染の原因菌の多くは病院内環境の汚染菌であり、外因性感染の形を取ることが多い。

通常、術後感染予防は術野感染 (SSI) への対策を行うことが基本となるため、ここでは術野感染対策について CDC のガイドラインに基づいて概説する。

1999年 CDC から、手術部位感染防止ガイドラインが発表された。その根幹となる考え方は、個人の非科学的な憶測や言い伝えや習慣に頼った医療ではなく、科学的根拠に基づいた医療を行うことである。SSI は切開部と臓器・腔に分類され、定義されている。その勧告は、CDC の病院感染防止対策諮問委員会、病院感染計画、米国感染症センターの共同で作成された。

①カテゴリー分類

カテゴリー分類 I は、すべての医療従事者に対して適用できるもの、あるいはすべての医療従事者が採用すべき勧告とされている。

I A : 十分に計画された実験的・臨床的・または疫学的研究の裏付けがあって、実施を強力に推奨する項目。

I B : ある程度の実験的・臨床的・または疫学的研究と、強力な理論的根拠があって、実施を強力に推奨する項目。

カテゴリー分類 II は、示唆に富んだ臨床的・疫学的研究または強力な理論的根拠があって、その実施が示唆される項目。I の勧告より科学的資料の裏付けが少ないものであり、特定の病院感染問題や患者集団に取り組むことには適切であると考えられるものである。

勧告なしは、証拠不十分か、有効性に関して合意に達していない項目。

②手術前の対応

i 患者の準備

・切開部位の体毛が邪魔にならなければ、手術前に除毛しない。〔 I A 〕

・除毛する場合は、電気バリカンを使って手術の直前に行う。〔 I A 〕

・皮膚消毒の前に、明らかな汚染は除去しておく。〔 I B 〕

・皮膚消毒には適切な消毒薬を用いる。〔 I B 〕 など。

手術前日に行う手術部位の剃毛は、皮膚に生じる微少な切創が細菌の増殖と密接に関連しており、いかなる方法であっても SSI の発症率の増加に結びつく。

ii 手術時手洗い

・適切な消毒薬 (アルコール、ポピドンヨード、グルコン酸クロルヘキシジン) を使って少なくとも 2 ~ 5 分間行う。手と前腕と肘まで行う。〔 I B 〕 など。

iii 感染または菌が定着している手術職員への対応

③予防的抗菌薬投与

目的は術野を無菌にすることではなく、手術中の細菌汚染に対して、宿主が防御できる程度まで細菌数を減らすことである。

i 静脈経路から予防的抗菌薬の初回投与を行い、切開が行われるときにその薬剤の殺菌的濃度が血清中および組織中に得られるような時期を選ぶ。その薬剤の血清中および組織中の治療的濃度を、術中を通し、そして長くとも手術室で切開創が閉鎖されてから 2 ~ 3 時間後まで維持する。〔 I A 〕

ii ハイリスクの帝王切開では、臍帯に鉗子を掛けた直後より予防的抗菌薬投与を開始する。〔 I A 〕

④手術中の対応

- i 換気
- ii 環境の表面の清掃と消毒
 - ・手術部や手術室の入り口で感染防止のために粘着性のマットを使用しない。〔 I B 〕
- iii 微生物のサンプリング
- iv 手術器械の滅菌
- v 手術時の服装と覆布
- vi 無菌操作および手術手技

⑤手術後の対応

- i 創は滅菌した被覆剤で術後24～48時間保護する。〔 I B 〕
- ii 包帯交換および手術部位へ触れる前後には手を洗う。〔 I B 〕 など。

48時間経過後も切開創を被覆剤で覆うべきかどうか、抜糸前のシャワー浴や入浴が治癒に有害かどうかは明らかになっていない。

卵巣腫瘍の診断と治療

東京慈恵会医科大学柏病院講師

小林 重光



卵巣癌の診断や治療は大きな進歩を遂げて今日に至っている。進行卵巣癌に対する手術療法は腹式単純子宮全摘術、両側付属器摘出術、大網切除術、骨盤内リンパ節郭清術に、傍大動脈リンパ節郭清術が加わり、現在の標準術式となった。一方、治療の分野では、プラチナ系抗癌剤の導入によって、真の化学療法と呼ぶにふさわしい治療が可能となった。シスプラチンを中心としたCAP療法は卵巣癌の標準治療として確固たる地位を築き、いまだにその評価は高い。その後、シスプラチンの腎毒性を軽減したカルボプラチンが登場し、標準的治療薬は次第にカルボプラチンへとシフトしていく。現在ではカルボプラチンに加え、タキソールやドセタキセルなどのタキサン系抗癌剤を中心とした治療が行われている。治療成績はこれらの抗癌剤や拡大手術により向上をみたが、長期生存率の改善までには至っていないというのが多くの一致した意見である。また、治療抵抗例や再発例に対して有効な抗癌剤が存在しないなどの残された問題も多い。

卵巣癌に限らず、いずれの癌腫でも早期診断が治療成績の向上に結びつくことは明らかであり、このためには、卵巣腫瘍の初回診断は極めて重要である。外来診療において、内診のほか、経膈超音波検査やCA125などの腫瘍マーカー検査などを組み合わせて診断を行なっているのが、一般的な診療内容であろう。経膈超音波検査は卵巣腫瘍の内部構造の描出力に優れており、その診断的価値は高い。また、リアルタイムで診断が可能という利便性も持ち、今や産婦人科の外来診療において欠かすことはできない。一方、現在使われている多くの腫瘍マーカーにはそれぞれに特徴が

あり、汎用されているCA125では、子宮内膜症や腹膜炎などの炎症性疾患で疑陽性を示す。また、卵巣癌の組織型のうち漿液性癌での陽性率は高く、粘液性癌では低いことが知られている。逆にCA19-9やCEAなどは粘液性癌における陽性率が高い。超音波診断で、卵巣腫瘍の組織型を推定することはある程度可能であるから、得られた情報から適切な腫瘍マーカーを選択するとよい。これは診断効率だけでなく、経済効率の点からも有利である。経膈超音波検査、腫瘍マーカーをうまく使いこなすことで、一般外来診療の場でも卵巣腫瘍の診断をかなり絞り込むことが可能である。

良性卵巣腫瘍の悪性化は、頻度は少ないものの存在し、皮様嚢胞腫や子宮内膜症性嚢胞における癌化の報告は散見される。これらの組織型を疑う場合、癌化の可能性を常に念頭に置いておくことが必要である。実際、経過観察中の悪性化診断は困難なことが多いが、経膈超音波検査を用いた管理は有用であり、卵巣腫瘍のサイズだけでなく、その内部所見も詳細に観察し、評価することが重要であると考えられる。卵巣腫瘍の診断と治療について実際の症例も交えて、臨床に即した講演としたい。

子宮体癌とホルモン療法

日本医科大学付属千葉北総病院
女性診療科助教授

鴨井 青龍



子宮体癌とホルモン療法は、原因と治療の両方において関係が深い。子宮体癌は、発癌がエストロゲンに依存するタイプIと関係しないタイプIIの2型に分類される。タイプIは、持続的なエストロゲンの子宮内膜への刺激が、子宮内膜増殖症を経て子宮内膜癌へ発展するもので、その基礎に排卵障害が関与している。PCO症候群や肥満の若年者や、糖尿病、高脂血症、高血圧などを合併した更年期婦人にみられることが多い。病理組織上、複雑型子宮内膜異型増殖症を背景に高分化でGrade1類内膜癌と分類され、臨床進行期もIa期のことが多く予後もよい。一方、タイプIIは、発癌にエストロゲン刺激はあまり関係がなく、萎縮内膜より限局性に発生することが特徴である。病理組織学的にはGrade3低分化類内膜癌や漿液性腺癌、明細胞癌の形態をとり、筋層浸潤が強く進行癌で予後が悪い。タイプI子宮体癌の治療には、高用量黄体ホルモン療法が有効とされており、現在日本では、medroxyprogesterone acetate(MPA)が子宮体癌の治療薬として認可されている。本剤の応用は、術後の後療法や再発癌の治療、さらに若年者への子宮温存療法とひろがりつつある。用法としては、1日400mgから600mgのMPAを最低4ヶ月以上持続的に投与するのが一般的である。重大な副作用として、血栓症による肺梗塞、脳梗塞、心筋梗塞が挙げられており、投与中にはアンチトロンビンⅢ、プロテインC、プロテインS、2-PIC、TAT、FDPなどの推移に十分注意しながら

うことが肝要である。しかしながら、子宮温療法では治療対象となる患者の背景自体が、肥満、高血圧、高脂血症、糖尿病といった上記のハイリスク群であり、問題点は多い。

子宮体癌のホルモン療法に関連した製剤として、タモキシフェン (TAM) やアロマトーゼ阻害剤、さらに GnRHa がある。タモキシフェンは、非ステロイド性抗エストロゲン剤で、乳癌の治療薬として使用されている薬剤である。その抗エストロゲン作用のため、治療薬として応用できるが、それ自体に弱いアゴニスト作用を示し、子宮内膜癌の発癌の可能性についても報告が多い。タモキシフェンは乳癌の適応しかなく、現実的には、臨床家が子宮内膜癌の治療に用いることはなく、むしろ発癌のほうに注意を傾けるべきである。

GnRHa は下垂体ゴナドトロピンの分泌を抑制し、卵巣性エストロゲンの分泌を低下させるので、腫瘍増殖抑制に働くが、子宮体癌の治療薬としては認められていない。子宮内膜症や子宮筋腫の GnRHa による治療中に、その薬剤が諸所の原因によって有効濃度に達しなかった場合、排卵は抑制されるが、完全にエストロゲン分泌が抑制されない環境が生じる可能性が十分に考えられる。いわば、偽閉経療法導入中における子宮内膜癌の発症のリスクの高い「人工の更年期状態」になることに注意しなければならない。子宮内膜症や子宮筋腫の GnRHa による治療中の子宮内膜癌発症については、過去の文献を参照してもあまり言われていないが、症例報告がわずかながら認められる。日常臨床にあたっては、癌の治療というよりは、子宮内膜症や子宮筋腫の治療中による癌の発症を見逃さないように心を砕くべきである。

閉経期のエストロゲン単独補充療法は、骨粗鬆症や動脈硬化などをはじめ、加齢に伴う諸症状の予防、改善に対する治療法として脚光を浴びたが、子宮体癌の発癌のリスクに対する報告が相次いでなされ、現在子宮摘出後の患者以外には長期投与されることは少ない。これに代わり、プロゲステンを併用療法が主流となった。本療法は、エストロゲン単独療法群に比べても、ホルモン未治療群に比べても低いといわれている。しかしながら、米国の大規模臨床試験の中間報告で HRT による乳癌発症リスクの上昇が問題となったことは記憶に新しい。今回は、日本医科大学付属千葉北総病院における子宮内膜癌患者のうち高用量 MPA 療法を行った症例を交えて、その方法と問題点について総説的な解説を加えてみたい。

日常診療で見落とししていた所見

- われわれの経験した皮膚障害を中心に -

東邦大学医学部付属佐倉病院助教授

木下 俊彦



われわれの日常臨床の中では治療に伴う細かな変化に遭遇することがある。これが大きな事象であれば十分な検討がなされるが、細かな事象であるとなんとなく流してしまう傾向にあることは否めない。ときに、患者からあるいは後輩医師、パラメディカルの方から、これはどういった現象なのか、理由はと問われ困惑することがある。小さな事象といえ、「時々あることです」だけでは済まされないこともある。それでは少しはそういったことを調べてみたらどうであろうかと、検討した結果について述べたい。

今回はその中でも、普段の診療の中で見逃しがちであった所見、特に皮膚に生じる所見とそれらの臨床的検討の一端を提示したい。

・産婦人科手術後に臀部に生じる急性の褥瘡

術後 1 ~ 2 日目に臀部皮膚に紅斑と硬結を生じる例を経験することがある。疼痛を伴うことがあり、患者にとって不快感であるが、その実態については明らかではなかった。

私どもの病院で婦人科および産科の手術を行った患者の術直後から退院日まで臀部を観察した。すると約 8 % の方の臀部の皮膚に紅斑と硬結がみられた。皮膚障害は圧痛を伴う多彩な形の紅斑と硬結、水疱を特徴としており、これは褥瘡の所見に一致した。そこで程度を褥瘡の分類に基づいてⅠ度：紅斑のみ、Ⅱ度：皮下組織には至らない皮膚の部分欠損か水疱、硬結がみられる、Ⅲ度：皮膚の全層欠損、に分類し調査した。結果は軽度であるⅠ度が最も多くみられ、重症型のⅢ度はみられなかった。もう一つ特徴的なことは、手術室退室時や病室帰室時に認められた例はなく、全て術後 1 ~ 2 日目に認めたことである。約 89 % の例は 7 日目までに消失したが、治癒に 2 ヶ月を要した例も存在した。検討した範囲では術後の持続硬膜外麻酔併用例に多く発症しているため、術後の臀部の圧迫とその疼痛が持続硬膜外麻酔併用によって緩和されていることが原因の 1 つではないかと推察された。

関東ブロック勤務医との座談会

日産婦医会勤務医部

日産婦医会勤務医部と茨城・栃木・群馬・埼玉・千葉・東京・神奈川・山梨・長野・静岡県各支部勤務医部担当者との間で、千葉市で開催される第 31 回日本産婦人科医会学術集会・千葉大会に合わせて 10 月 9 日(土)に行われます。

関東各支部の勤務医に関する活動や問題点、あるいは本部勤務医部に対する要望などを膝を交えて意見交換をする予定であります。これからも勤務医部は待遇・女性医師・新入局員増加に関する諸問題を中心に、日産婦医会会員勤務医のための事業を継続する所存であります。全国勤務医の会員からのご意見をお寄せください。

jimu@jaog.or.jp 勤務医部宛

・ゴナドトロピン製剤の注射に伴うアレルギー反応
高度生殖医療の普及に伴いゴナドトロピン製剤の注射を行う機会が増加している。患者の訴えに気をつけてみると、注射部位の発赤や痛み、痒みを訴えている事に気付く。子どもの症例ではゴナドトロピン製剤の注射によって蕁麻疹を発症した例があった。

調べてみると、ゴナドトロピン製剤によるアレルギー反応であることを示唆する報告はあるものの、*in vitro* 検査は行われておらず詳細は不明であった。そこでわれわれの症例に対して、同意を得た上で *in vitro* 検査法として皮内反応、scratch test、prick test を行い、ゴナドトロピン製剤の抗原性としての検査を行った。これによると、私たちの経験した蕁麻疹は I 型アレルギーの遅発型に属する反応と思われた。アレルゲンとして尿由来の蛋白質が推定された。

ゴナドトロピン製剤の投与中に、毎日副症状と思われる症状を記録してもらうと、その他に発熱、頭痛、全身倦怠感、浮腫などが経験された。症状は軽度であったが患者にとっては不快な症状であり、かつ不安を抱かせることにつながっていた。多くは初回の投与例に出現したが、反復的に投与することで感作の機会は増加するので反復投与者はより注意が必要である。自験例では純度の高い FSH 製剤に切り替えることで不妊治療の継続が可能であった。

症状は軽微なものが多いが、アレルギー反応では重篤な結果を引き起こすことも予想されるので、ゴナドトロピン療法を行うときには、アレルギー反応にも十分に注意を払っておく必要がある。

子宮外妊娠の診断と治療の再検討

帝京大学医学部附属市原病院助教授

梁 善光



子宮外妊娠は全妊娠の約 2% に生じるとされる妊娠初期の代表的疾患である。診断と治療技術が以前に比べ格段に進歩した 1990 年代に、医療先進国である米国でも妊娠がその死因に関連する死亡原因の 9% を依然として占めていると報告されており、現在でも軽視できない疾患であることには変わりがない。今回は子宮外妊娠に対して当科で腹腔鏡下手術を導入した 1994 年から昨年までの過去 10 年間に当科で治療を行なった 249 例の子宮外妊娠症例を retrospective に調査し、診断・治療の特徴を抽出することによって再検討の余地がないものかどうかにつき検討した。

子宮外妊娠の発生頻度は明らかに近年増加傾向にある。日本における発生頻度を全国規模あるいは多施設で調査した報告は残念ながら見つかることができないが、1995 年に報告された米国での調査では約 20 年の間 (1970 年 ~ 1992 年) にその発生頻度の増加は 4.4 倍にもものぼるといふ。当科でも 1995 年から 2003 年までの 9 年間に 239 例 (年間平均 26.5 例) の子宮外妊娠症例を経験しており、それ以前の 9 年間

(1986 年 ~ 1994 年) の 71 例 (年間平均 8.9 例) と比較して概ね 3 倍近い急激な増加が認められている。

原因が性行為感染症の蔓延と体外受精・胚移植などの生殖補助技術操作の普及であることはすでに言うに及ばない。このうちクラミジア感染症の関与について検討すると、検査を施行した 203 例中 116 例 (57.1%) で抗原あるいは抗体が陽性であった。これをさらに詳細に検討すると 1970 年以前に生年をもつ群 (110 名) では陽性率は 52.8% であったが、1971 年以降に出生した群 (93 名) では 62.3% とさらにその割合が上昇していた。さらに発症年齢で分けると 30 歳以上の群 (89 名) では陽性率は 46% に対し、30 歳未満群 (114 名) では 64.9% と有意差 ($p < 0.01$) が認められており、特に若年層において本疾患が蔓延していることを裏付ける結果となった。

当科では治療方針は基本的に手術療法を採用しており、原則的に待機療法・薬物療法は特殊な場合 (頸管妊娠など) を除いて施行していない。診断・治療の流れとしては、全身状態が安定した子宮外妊娠疑い患者に対しては速やかに可能な限り腹腔鏡検査を施行して診断を確定し、その後そのまま鏡視下手術を継続している。来院時にすでに多量 (500ml 以上) の腹腔内出血のために開腹手術を余儀なくされた症例は 36 例 (14.4%) であった。そのほか時間帯の問題などで術者の手配がつかず開腹手術を最初から施行した 26 例を除く 187 例に対してはこの方針で診断・治療が行なわれた。診断を腹腔鏡検査にて確定し、その後開腹手術に移行した例は 19 例であった。

249 症例の妊娠部位の内訳は、卵管膨大部 171 例、峡部 30 例、間質部 13 例、采部 15 例 (卵管妊娠合計 229 例 (92.0%))、卵巣妊娠 14 例 (5.6%)、腹膜妊娠 4 例 (1.6%)、頸管妊娠 2 例 (0.8%) である。以下に妊娠部位別の傾向につき概説する。

最も頻度の多い卵管膨大部妊娠に関しては、十分な説明と同意が得られた 47 症例に対して保存手術を行い、それ以外 (124 例) は卵管切除術を施行した。保存手術を施行した症例のうち絨毛存続症は 4 症例 8.5% に発生し、再手術あるいは MTX 投与がなされた。また、手術卵管の再疎通率は 71.8% であった。術後の再妊娠率は術後 2 年以上 follow up できた 23 例中 20 例で妊娠が成立したものの、妊娠症例中 8 例が再外妊を発症した。この点に関して卵管切除群と比較すると、脱落例が多く再集計中ではあるが現時点では妊娠率は劣るものの再外妊率は低く、生児獲得率という点から見ると必ずしも卵管保存手術が有効であるとは言えない可能性もある。その他の部位では、峡部妊娠 30 例を検討すると 20 例で来院時にすでに破裂しており、17 例で最終的に開腹手術での処置となっていた。未破裂例では 6 例に保存手術を選択したが、術後に卵管疎通性の回復を確認できた症例はなく峡部妊娠に対しては卵管切除のみを標準手術とするべきであろう。また卵巣妊娠は 14 例認められ、これも 9 例で手術時すでに破裂しており、峡部妊娠同様に高い破裂率を示した。しかし、峡部と異なり腹腔内出血量は大量に及ぶことは少なく、11 例で腹腔鏡下に手術を終了することができた。なお、13 例の卵管間質部妊娠に対しては

全例開腹下での手術を施行している。

本講演では以上のような症例の解析に加えて、薬物療法を含めた今後の治療のあり方等にも言及したいと考えている。

更年期障害に対する治療戦略

- QOL 向上のためのロードマップ -

東京歯科大学市川総合病院講師

高松 潔



人生50年と謡われた時代は既に遠く、現在わが国は世界有数の長寿国となっている。日本人女性の平均寿命は85.23歳であり、閉経年齢の中央値が50.54歳であることを考えると、更年期の年代は今では人生の折り返し地点であるといっても過言ではなく、後半の人生のQOLの維持・向上のためには更年期の年代からのヘルスプロモーションが不可欠であることに異論はないと思われる。

更年期の年代においてQOLを阻害する原因としてまず挙げられるものは更年期障害であると考えられる。現在、わが国におけるいわゆる更年期の年代の女性人口は約1,400万人であり、更年期障害の正確な罹患率は不明であるものの、約4割が何らかの対応が必要と仮定しても、500万人以上が、さらに手術による両側卵巣摘出に起因する卵巣欠落症状も考慮すると、広い意味での更年期障害に悩む女性は相当数にのぼると推定される。最近ブームの女性外来においても受診者の約3割以上が更年期障害関連の主訴を持つという報告もあり、産婦人科診療において避けては通れない病態・疾患である。

では、この更年期障害を的確に捉え、評価し、症状に応じた治療を行うためにはどのような戦略が必要であろうか？

更年期障害は一つの症候群であり、愁訴の複雑な集合体である。そこでこの愁訴の種類と程度を漏れなくピックアップするためには調査表を用いるのが有効である。この目的ではKupperman indexが長く用いられてきた。しかし、その欠点も少なくないことから、2001年、日本産婦人科学会生殖内分泌委員会において「日本人女性の更年期症状評価表」が作成され、日本人における愁訴把握の標準化が可能となった。日本人における更年期の不定愁訴の実態も明らかになってきており、欧米との違いも見えてきた。また、われわれ産婦人科医にはいささか不得手なメンタルヘルスの評価についても、HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) などといった簡便かつ有効な新しい調査表が臨床に導入されている。われわれの検討では、更年期外来受診者のストレスは悪性腫瘍の手術前に匹敵することも明らかとなっている。さらに、専門家に紹介すべき精神科的疾患の鑑別も新たな面接法である精神疾患簡易構造化面接法 (M.I.N.I.) により短時間で施行可能となり、更年期障害を系統的に評価することができるよ

うになりつつある。

治療としては従来、消退したホルモンを補うホルモン補充療法 (HRT) が頻用されてきた。しかし、2002年5月のWomen's Health Initiative (WHI) におけるエストロゲン+プロゲステロン併用療法試験の終了、2003年8月のMillion Women Studyの報告、さらに本年3月のWHIエストロゲン単独投与試験の終了などによるHRTの副作用に対する懸念から治療法の選択をどうするかという問題がクローズアップされている。現在、更年期障害に対する3大薬物治療法はHRT、漢方療法、選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (SSRI) などの向精神薬であるが、同じ指標を用いて効果を比較することにより、それぞれの治療法の特徴が明らかになりつつある。これに基づき、副作用まで考慮に入れたテーラーメイドを志向した治療方法の選択も可能となってきている。また、カウンセリング・マインドの重要性は従来から指摘されており、薬物療法無効例においてもかなりの効果が期待できることが報告されている。最近、更年期における日本人女性に特徴的な心理社会的因子も指摘されており、このような要点を捉えた対応によりカウンセリングもより身近なものになりつつある。

更年期障害のような病態・疾患では目に見える数値としての治療目標の設定が難しいため、ドロップアウト例やドクターショッピング例も少なくない。そこで常にQOLの評価を行い、全体像の評価を行うこともコンプライアンスの向上には欠かせない。この目的ではVAS (Visual Analogue Scale) などのgraphic rating scaleを用いて結果を患者と治療方法にフィードバックすることが有用である。

このように、更年期医療も最近の研究の進歩を背景に、経験則からevidence basedへ移行しつつある。本講演では、最近の知見を中心に、QOL向上を志向した更年期障害の診断から治療までのロードマップをお示ししてみたい。



女性医師 私の結婚・出産・育児の経験 - 育児と仕事、私はこうして乗り切った -

本紙前号にて原稿を募集したところ、5名の先生方より投稿をいただきました。今現在の状況よりサポートシステムも少なく、周囲の理解もないときに、育児を体験してこられた先輩方は自分の経験を通して後輩の女性医師にエールを送っています。女性医師の育児と仕事の両立の苦悩を理解するためにも、男性医師にこそ読んでいただきたいと思います。

2枚の医師免許証

広島県 興生総合病院 藤原 久子

自称、持参借金付（奨学金）で結婚した2人には、医師免許証（当時未取得）が唯一の財産であった。長女の出産が国家試験の1カ月前。2度目の引越して実家の裏に入居。入局後の育児は実母に任せきりであった。

2年後に長男が生まれ、2才6カ月の長女は市立保育園にお願いした。送迎の為中古の車を買った。終業間近に急患があると迎えに行けない。小使室で淋しく待つ娘は、それでも笑顔で迎えてくれた。現在では許されないであろう保育園の好意に頭が下がる思いだ。保育料は所得に応じて規定がある。市の職員でなければ給与の1/2に近かった。

産休の3カ月は家事と育児に専念した。単調な毎日ではストレスと焦りに耐える日々であった。ようやく仕事に復帰できたが、長男はたびたび喘息発作に見舞われた。肺炎を併発して入院した時だけは職場を休んだが、当直や勤務に特例は皆無であった。

実家に内孫が生まれ、見かねた義父が一家を郷里に連れ

戻すことを画策した。折しも町立診療所は医師不足で閉鎖されていた。

病院勤務は5年目を迎え、主論文にも着手していた。帰郷か否か迷っていた。「ご主人と一緒に島へ帰るのだろう」恩師の一言には有無を言わさぬものがあつた。残念な気持ちちは拭い切れなかったが、私の人生の別れ道であった。今も深く感謝している。

高等学校校長を定年退職していた義父は、幼い孫たちを大切に見守ってくれた。料理以外の家事はすべて他人に任せた。

一度放棄を決めた論文に発表の機会を与えられた頃、義父が切望していた次男を懐妊した。育児に備えて小さい託児所を建てた。職員の子弟も一緒に、愛情と保護を主体に運営した。約束の5年が過ぎ、島を離れ現在の地に新病院を開設、無料保育所も併設した。

個人に合わせた復帰システムを

和歌山県 はまだ産婦人科 濱田 寛子

26才で結婚、出産と28才で第2子出産。この時、夫の浮気発覚。びっくり仰天し、また私の仕事のせいだと言われ、1年育休を取り、家事にいそしみました。失意の時には女医さん達に随分励まされました。結局夫の愛情は戻らず、家庭は破局になりました。ある意味不幸でしたが、育児をしながら、哲学書や宗教書など違う分野の本を読み、自分を見つめ直せたと思います。

1年も育児と家事にいそしむと、今度は脳がなまって腐りそうな感じがして、仕事に戻れないかという危機感で、無性に復帰したくなりました。仕事に再び戻ることはすごく新鮮で、また自分が社会の役に立っているのだという実感のわくことでした。現在、常勤医師をやめて、19床の有床診療所を開業して7年目になります。開業は医師不足の補充もままならず、苦勞を強いられていますが、育児、家事にはむしろ自由がきき、仕事もできて良い体制かなと思っています。

医師を雇用して初めて思うのですが、一人一人の医師の許容量も能力も随分違うものです。また、仕事が好きか嫌いかわかると大きな要因になるかと思えます。仕事が嫌いな人は、どんな配慮をしても、仕事の流れも悪く、ミスも多いように感じました。許容量と個々人の環境に合わせた仕事の復帰システムができてきたらいいと思います。

研修医時代に、忍耐強く精進努力研鑽し続ける、モデルとなるような先輩や同僚医師達にたくさん触れあうことが、情熱を燃やし続ける原動力になるかと思えます。魅力ある人間像にたくさん触れていると、仕事も自然と好きになってくるのではないのでしょうか。

患者さんに「ありがとう」と言われて感動する初心に戻って、一番感謝される嬉しい「産婦人科」なのだと思導教員である諸先生方が、学生達や研修医達に伝えてもらいたいと思います。

大学での経験

愛知県 名古屋大学医学系研究科(保健学科) 後藤 節子

私の産婦人科選択の動機は、女性の味方になりたいと思っていたのと、講義での産婦人科教授の見識に憧れたからだと思います。当時は医師不足で、どの診療科も多忙で、産婦人科のみが体力的にきついとは思いませんでした。

結婚は卒業2年目でしたが、当分の間は勉強をしようと思ひ、子どもは32歳で1人を出産しました。両親は70歳を

超えていましたので、お産後は保育所を捜しました。あてにしていた職場の共同保育所が認可保育園に移行したので入所できなくなり、結局2つ目の職場内共同保育所を看護師さんの父兄とともに立ち上げました。しかし、午後5時半までの保育時間を超えての仕事に対応するために、学生アルバイトに夕刻の子どもの迎えを頼み、家ではお手伝い

さんを雇用しました。現在では、何処でも夜間保育時間を設けていますが、保育園・学生アルバイト・お手伝いさんと、人の力を借りました。結局は時間をお金で購入していると言えるほど、今でも雇用を続けています。

当直は産後の間もなく、夫と重ならないように、希望日を出して行いました。回数の考慮はありませんでした。子どもの病気の時は隣県にいる祖母に頼みました。数年して職場の重要な役割がきましたが、この時は、女性医師に理解のある上司と女性医師と結婚されている上司に本当に助けられました。

育児サポートを提案する

産婦人科医にとって出産育児経験は、臨床の場で活かされることが多く、良い経験だと実感する。しかし、育児に関しては悪い点もある。例を挙げると、まず学会参加が不可能になる(シール不足に悩む)。遠方の会場だけでなく、土、日に身内に頼めない時は参加を断念した。小学2年になるまで夜のお産は、祖母をコールし子供に付き添ってもらったが、一晩に2~3件続く時は気がひけて子供を1人残した(夫が単身赴任であったため)。保育施設開始時刻と病院出勤時刻がほぼ同時刻というのも職場での肩身を狭くした。毎日遅刻余儀なしであったからだ。育児の質を考慮すれば、時間外保育を頼めば済む問題ではない。送迎はラッシュ時間帯にあり、10分の道のりを40分かかけ通った。ラッシュは道路だけではなくスーパーも同じこと。レジでの長蛇の列を体験すれば二度と帰りがけの買物をする気にはなれない。土、日のまとめ買いも、用事でつぶれると次週の冷蔵庫の中は干物ぐらい。結局食材を気にしつつ(中国産の野菜? 食材はよく洗ってある? 牛肉関連の使用

今、振り返りますと、私が継続できたのは職場内保育所があったことと、人の助けを借りることができ時間も確保できたこと、周りに女性医師に理解のある男性の上司が存在したことにあったと思います。

また、2001年に私どもが大学内で行ったアンケートで、出産育児経験者の女性医師の意見は、非常に助かった事柄として、第1に上司の理解とコメディカルを含む周囲の好意的態度、第2に妊娠中とお産後の当直免除と時間外勤務の免除があげられました。(このアンケート結果は名古屋大学男女共同参画ホームページで公開しております。)

福島県 医療生協わたり病院 佐藤 麻里

は? 等) 外食が続く。

夏、春、正月休みには臨時預かりは不可能と断られ、市の施設では10時からなら預かれるとの事。結局民間施設に預けたが、これを探し当てるのに1日中かかった。学童保育も少子化といわれながら募集定員はいっぱい! 問題点は枚挙に遑ない。以下に自分勝手だが改善策を提案してみる。まず病院敷地内に託児所を設けるか、一般の通勤時間帯とは異なる勤務時間設定を設ける。保育施設の休みと職場の休みのギャップを縮めるか、保育施設の融通性を高める。少子化に歯止めをという時代に、10時開館、募集は年度末の2週間のみという実態は改めてほしい。職場に臨時育児休業期間があればうれしい。

目下育児をしながら1人医長で産科を続けるための条件は悲しいことに、お産数を抑える、新しい事をしない、平日に時間的融通のきく病院を探す(本来は良くないことだが)、将来はより改善されている事を祈る。

私の場合は

私は、1970年代に国立大学卒業、1年の研修医生活後、都市部の当時600床の総合病院産婦人科に、医局人事で赴任いたしました。最初の1年は、40歳代の部長と2人で、年間600件の分娩と150件ほどの開腹手術を行っていたと思います。2年目から、研修医が2年次の産婦人科固定研修として入ってくれ、随分楽になりました。この年の秋に結婚、新婚旅行もなく、式当日含め3日休んだだけでした。この頃は宅直でよかったため私と研修医で交代に産直しており、長期の休みは取り難かったことと、仕事が面白かったせいと思います。

翌日秋に第1子誕生。予定日ぎりぎりまで、週2回の手術日に麻酔を担当しに行きましたが、医局からは代務なしで、部長に無理を掛けました。でも、8週間の産休明けに一番気になったのは、1学年下の医師とオベ数にどのくらい差が開いたか、産休前に1例させてもらった子宮単全摘が、ちゃんとまたできるだろうか、でした。この子は主人の母がみてくれました。でも別居でしたから、夜間呼び出しがあっても、主人が帰宅前にはなかなか行けず、随分迷惑をかけました。子連れで行って外回りの看護師にみても

愛知県 国際セントラルクリニック 伊藤富士子

らったこともあります。

2年後に第2子誕生。この子は私の母がみてくれました。それぞれの実家から子供を連れ帰る途中に夕食の買い物をして、夕食を作って、食べさせての生活に(義母にもよく手助けしてもらいましたが)ついに音を上げて保育園を探しました。

幸い家庭的な良い保育園が見つかり、しかも主人の職場至近にあり、送迎の大部分を主人がしてくれて本当に助かりました。それでも、自分のみてきた妊婦の分娩に立ち会えず、悲しい思いもしました。6時のお迎えの時間を気にしながら逃げるように病院を出て、途中のスーパーでダッシュで買い物して、ようやく保育園に着くと、6時を大分過ぎたのに、にこにこ迎えてくださる保育士の笑顔。ありがたかった。まだ遊んでいたが子供を無理やり連れて帰って、片手に赤ん坊を抱き、もう一方の手に買物を掲げ、飛び回る上の子を叱りながら、ようやく家の中に入って、そこに座りこんでしまってもう動けなくなりしばらく放心状態だったこともありました。

勤務医委員会報告

どうする！産婦人科勤務医不足、早急に全国の実情調査が必要

委員長 徳 永 昭 輝

勤務医委員会では、今まで3つの小委員会①産婦人科勤務医の待遇のための小委員会、②産婦人科専攻医師増加のための小委員会、③産婦人科女性医師のための小委員会を中心に活動してきました。その中で、産婦人科医師不足を深刻な問題として取り上げてきました。また、産婦人科医師の高齢化、女性医師の急増に伴う問題に対しても、定年後の再就職に対する調査、女性医師の地域差、年齢構成、妊娠分娩、産休育休などの実態調査などを実施し、調査結果から得られた内容について提言を行い、広報・啓発に努力する活動を行う方針を検討してきました。

しかし、産婦人科医師・医療を取り巻く状況はめまぐるしく変化しており、いままでの調査結果により得られた提言をもとに活動することの限界を認識し、実情にあった活動を展開する必要があると考えております。

日本産科婦人科学会では、「学会のあり方検討委員会」による調査結果（産婦人科の専門医が2人以上、年間の分娩件数が200件以上、学会から臨床研修施設として認定された828施設を対象にした471施設（57%）からの回答）を公表し、①全国の3割の病院で定員割れしていた。②地域別に見ると定員割れの最も多かったのは北海道の39%、最も少なかったのは中国・四国の9%、また③女性産婦人科医の割合は全体で20%であるものの、経験5年未満の若手医師の半数以上を女性医師が占める。さらに④人手不足の深刻なのは産科・周産期分野で、深夜の出産、緊急呼び出しが多く、拘束時間も長い、医師の肉体的・精神的負担の問題、出産時の医療事故に絡む訴訟が増え少子化が進んで

いることなど、産婦人科医師が減少している現状と、女性医師が結婚や出産を契機に勤務先をやめ、復職する場合、勤務の比較的楽なクリニックや開業を選択するケースも多いことなどを指摘し、産婦人科医師の不足を深刻な問題としてアピールしている。

このような厳しい状況はいままでの勤務医委員会の調査・アンケート結果と同じです。昨年の医師国家試験の合格者約8,000人のうち女性が約33%を占め、年間の専門医試験合格者が300名を割ってしまいました。

勤務医委員会では、これからの活動を各支部の勤務医担当者を中心とし、各支部における実情に合った勤務医活動ができるようにしていきたいと考えています。

1. いままでの小委員会の活動・アンケートで得た内容・情報を客観的に整理し、実情にあった情報として各支部に提供する。
2. もう一度、産婦人科医療をめぐる現状について議論し、勤務医の実態・状況について、臨床研修指定病院以外の医療機関も含め再調査する。
 - ①都市部と地方との違いが分かるような調査
 - ②産婦人科医師不足に対する深刻な実態のアピール
 - ③産婦人科医師・女性医師に対する環境整備、支援策を訴える活動

3. 全国に共通した産婦人科勤務医待遇条件の検討など、新たな活動を展開したいと考えております。

会員のみなさんには、これからの活動に対してご協力をお願い致します。

編集後記

気温35度、梅雨最中とは思えない天候。地球温暖化が原因でしょうか。そして、最近天候のみでなく組織としての事件も多いと思いませんか。三菱自動車の不具合隠し、社会保険庁の保険金不正流用事件等、数えたら枚挙に遑がない状態です。戦後の高度成長が終焉し、過熟状態となり新しい組織形態が求められている時代だからでしょうか。

このような混乱はわれわれの医療界、特に産婦人科の世界にもあります。産婦人科医療が健全な状態でありたいと思う気持ちは皆同じでも、夫々がおかれている立場でさまざまな意見・提言が出てきます。人の考え方というものはその人の経験と知識と現状等で決まることを思えば当然でしょうか。また情報氾濫の中、その取舍選択をスピーディーに成さなければならない時代でもあり、組織内の情報伝達は双方向に迅速にしなければならない時代です。

このような見地をベースに本年10月9～10日、千葉県幕張で日本産婦人科医会学術集会在が開催されます。「産婦人科医療の現状と今後」（副題：全国民に平等で安全な産婦人科医療サービスを提供するためには）と題してシンポジ

ウムが生まれ、関係各位の考え方が示されるとのことです。当日現地で医会会員として発言されませんか。また、生涯研修は千葉県下7大学付属病院の先生にご協力を仰ぎ、明日からの臨床に役立つ内容を準備されています。このJAOG info No41では研修内容の抄録として掲載させていただきました。ご活用ください。時間の許す限り参加しましょう。（幹事・神谷 直樹）

（平成 15・16 年度）

勤務医委員会		勤務医部	
委員長	徳永 昭輝	副会長	清川 尚
副委員長	東館 紀子	常務理事	栃木 明人
"	前田 光士	"	平原 史樹
委員	小笹 宏	"	池ノ上 克
"	茂田 博行	理事	神谷 直樹
"	高松 潔	"	栗林 靖
"	栃木 武一	幹事	安達 知子
"	増田美香子	"	
"	和田 裕一	"	
アドバイザー	濱田 和孝	"	