

429 妊娠初診時細菌性膣症の治療と切迫流産におけるAPTT延長群の治療により分娩結果は改善されたか？

小樽協会病院 産婦人科
島野敏司、小前由雄

【目的】切迫流産の原因疾患には、細菌性膣症(BV)からの上向感染による絨毛羊膜炎や、我々の主張している切迫流産におけるAPTT延長群(切迫徴候の存在、APTT36.2秒以上、プレドニゾロン、アスピリン療法が有効の3条件を満たす。)の存在が考えられる。しかし、上記疾患を早期に治療しても後期流産、早産は存在した。これら流早産の防止について報告する。

【方法】1994年1月～12月までに当院を妊娠受診した全妊婦415名を対象とした。BV率は16.6%(69/415)ですべて初期治療を行った。後期流産、早産、正期産、過期産に至った症例は284名であった。切迫流産におけるAPTT延長群は10.2%(29/284)存在した。

【成績】後期流産1名(妊娠悪阻18週IUFD)、早産11名(全例30週以降)存在し、全体では4.2%(12/284)の後期流産、早産率であった。早産11症例の内訳はCAM1例、前置胎盤2例、原因不明前期破水2例、双胎胎児仮死1例、胎盤梗塞1例で最も多かったのは抗リン脂質抗体陽性の3例とAPTT延長群1例の自己免疫学的機序が関与すると考えられる疾患であった。

【結論】我々の後期流産、早産率4.2%は、BV陰性症例における流早産率約10%に比べ低率であった。これは切迫流産におけるAPTT延長群の治療によるところが大きいと考える。急激に出現する抗リン脂質抗体陽性の流早産はその診断と治療のタイミングが難しく、早産を防止できなかった。今後切迫流産におけるAPTT延長群を含め自己免疫関与の流早産の防止と共に、前置胎盤、妊娠悪阻の管理、CAMの治療なども流早産の減少に重要と考えられた。

430 採卵後16日目の血中hCG値によるIVF-ET妊娠の予後判定

獨協医大
星野恵子、正岡 薫、根本 央、河津 剛、
北澤正文、稲葉憲之

【目的】IVF-ETによる妊娠の予後を、採卵後16日目(L-16)の血中hCG値からどこまで予測し得るかについて検討した。【方法】luteal supportとして採卵後2日、4日、7日、10日にhCG1000単位投与した患者のみを対象とした。妊娠の予後は14週時点での妊娠継続の有無と生存胎児数で判定した。【成績】①非妊娠135例のL-16のhCG値(mIU/ml, mean±SD)は 3.7 ± 2.1 で、99%信頼限界の上限値は10.0であった。②妊娠207例中、予後不良53例(25.6%)のL-16のhCG値及びRangeはケミカル妊娠(n=13) 57.8 ± 30.8 (21~120)、外妊(n=4) 142.5 ± 91.0 (20~240)、GSのみの流産(n=19) 81.7 ± 43.7 (30~190)、FHM(+)の流産(n=17) 156.5 ± 106.6 (33~380)であり、有意差はケミカルと外妊及びFHM流産の間、GS流産とFHM流産の間に認められた。③妊娠継続154例(74.4%)では単胎(n=94) 275.4 ± 132.8 (38~570)、双胎(n=51) 501.6 ± 233.2 (180~1200)、品胎(n=9) 775.6 ± 270.7 (530~1400)であり、各群間に有意差があった。④妊娠継続群の予後不良群に対するhCGのcut-off値を150以上とすると、positive predictive value(PPV)91.0%、negative predictive value(NPV)75.0%(感度91.6%、特異性73.6%)であった。単胎群の多胎群に対するcut-off値を400未満とすると、PPV82.3%、NPV74.1%(感度84.0%、特異性71.7%)であった。

【結論】①L-16の血中hCG値はIVF-ET妊娠の予後判定に有用であり、最も早期かつ簡便に入手し得る情報である。②今回用いたプロトコールではhCG値が10を越えれば妊娠と判定し得る。③hCG値150以上で予後良好であり、400未満なら単胎妊娠の可能性が高いと予測し得る。