

もない増強し、その大きさが驚卵大で有意に増強した。

③ 卵巣癌患者の血清効果を連続的に individual follow up したところ、a) 予後良好群では術後血清効果は急激に低下し、その後の経過期間中も低値のまま推移した。b) 中間群に属する dysgerminoma においても同様の推移を示し、現在再発所見はみとめていない。c) 術後、血清効果が低下したにもかかわらず、再び血清効果の上昇をみた症例においては、その後の経過観察中臨床的に再発が確認された。d) 再発死亡症例においては、術後の血清効果の低下は著明でなく、経過期間中再び血清効果の上昇を認め死亡に至った。e) biopsy にのみ終わった症例においてもその後の化学療法により血清効果の低下がみられた。このことは化学療法による癌細胞数の減少によるものと解釈された。

4) 結論：卵巣癌における予後判定のパラメータが乏しい現在、再発診断ならびに種々の治療法の効果判定が極めて困難であるが、患者血清の免疫抑制効果と連続 follow up することは、予後の判定あるいは治療効果の判定に有用であると結論された。

質問 (弘前大) 中村 幸夫

“血清効果”が術後上昇している例がありますがこの意味について？

答弁 (大阪市立大) 中森 宏

血清効果が、術後上昇いたしましたのは、再発死亡例のうち2例であり、不変が1例であります(術後1カ月の血清効果において)。上昇した2例は何れも biopsy のみにおわりました症例で、術後の Chemotherapy に反応しなかつたと考えられる症例であります。

又、経過良好群の内に2例が術後1カ月で、やはり血清効果が上昇しておりますが、その後、直ちに低下をみとめています。この2例に関しては、すでに報告しておりますが手術侵襲による steroid 等の影響が関与しているものと考えます。

質問 (慈恵医大) 寺島 芳輝

1. 血清効果と他の生化学時検査との間に関連がありましたら御教示下さい。

2. Dysgerminoma の組織内にリンパ球様の細胞浸潤を認めますが、それと血清効果との間には関係があるでしょうか。

答弁 (大阪市立大) 中森 宏

① LDH に関しては、follow up しておりますが、この血清効果とよく相関している症例もありますが、あまり相関をみとめない症例もあります。

現在 α -フェトプロテイン、CEA についても検索中ですが、臨床経過と一致しない症例もあり、今後症例をかさね、検討致したく思っています。現在、我々の印象では、今回発表いたしました血清効果が、臨床経過をよく反映していると考えます。

② 検討しておりませんので、何とも申し上げられません。

質問 (新潟大) 金沢 浩二

再発例で1カ月後でも抑制作用があるということは抑制物質が残っているとみるのか、癌が残っているとみるのか。

答弁 (大阪市立大) 中森 宏

advanced stage におきましても、臨床的に癌塊を完全に剔除し得たと考えられる症例におきましては、血清効果が、急激に低下しております。血清効果が低下しない症例においては、やはり癌細胞が残っていると考えるのが、妥当と思います。

178. 低力価抗精子抗体と原因不明不妊症の関係について

(兵庫医大) 鎌田 敏雄, 窪田 耕三

伊熊健一郎, 磯島 晋三

目的：原因不明不妊婦人の約15%の血中に精子不動化抗体が存在することを報告してきたが、我々の用いている精子不動化値2以上とは、1時間で対照の1/2以下に精子が不動化されるのを標準とした。今回は2時間及び3時間値で始めて対照の1/2以下に不動化されるものを陽性とした場合、原因不明不妊婦人と対照婦人の間にごのような差が出るかを検討してみた。

方法：昭和50年1月から昭和51年7月までに当科不妊外来を訪れた不妊婦人のうち、原因不明と確定された32例、原因確定例193例、及び妊婦102例、未婚婦人88例について精子不動化試験をおこない従来よりの1時間判定に加えて2時間、3時間後に対照の1/2以下の精子不動化を示すものを陽性とした。

結果：(1) 精子不動化試験における1時間判定の陽性率は(a)原因不明不妊婦人：15.6%、(b)原因の判明せる不妊婦人：1.6%、(c)妊婦：1.6% (d)未婚女性：0%であり、(2) 2時間判定の陽性率は各々(a)原因不明不妊婦人：25.0%、(b)原因判明せる不妊婦人13.0% (c)妊婦：2.9%、(d)未婚女性2.2%であり、

(3) 3時間判定の陽性率は各々、(a)原因不明婦人：43.8%、(b)原因判明せる不妊婦人17.6%、(c)妊婦4.9%、(d)未婚女性：3.4%であり原因不明不妊婦人

の場合の検出率は1時間値, 2時間値, 4時間値共に Control 群としての未婚女性, 妊婦の場合に比し有意に ($p < 0.005$) 高率を示した. この結果より, 3時間判定をとり入れることにより, 精子不動化試験における検出感度により高めることができ, 従来検出不能であつた低力価のものも検出可能となり, 原因不明不妊婦人と抗精子抗体の関係をより強く示すことが出来た.

質問 (新潟大) 金沢 浩二

不動化抗体に対応する抗原は精子の精漿に specific な抗原のみと理解してよろしいのか.

答弁 (兵庫医大) 鎌田 敏雄

肝, 腎などでは吸収されず殆んどの場合 spermatozoa にて吸着され数例のみで吸着された seminal plasma で吸着された.

質問 (新潟大) 須藤 寛人

1. 2時間値陰性で3時間値で陽性になつた者の S.I.V. の数値の分布はどうなつておりますでしょうか.

2. 原因不明不妊症35名1時間値で不動化陽性5名不動化陰性27名→妊娠率は

3. 1, 2, 3時間値のどれをおすすめいたしますか.

答弁 (兵庫医大) 鎌田 敏雄

1. 1時間値, 2時間値, 3時間値での陽性率のみで S.I.V. の分布は検討しておりません.

2. 現在迄原因不明不妊婦人中3名妊娠しております. 治療としては repeated AIH をおこないました.

3. 現在不妊外来にては1時間値, 2時間値, 3時間値全て出し一応1時間判定し, 2時間, 3時間も全て参考にしています.

第27群 産科一般 (179~182)

179. 既往帝切例の分娩管理

(名古屋保健衛生大)

金子 享一, 上田 真, 馬島 秀泰
米谷 国男, 福島 穰

目的: 既往帝切妊婦に対し, ① X線骨盤側面計測を中心に 種因子を解析し, 経腔分娩可能の限界値を検索した. ② 計画分娩を実施し硬膜外麻酔導入の至適時点とその有用性を追求した.

方法: 既往帝切→今回経腔 (A), 初回帝切 (B), 反覆帝切 (C), 初回経腔=対照 (D) の4分娩群 (158例) に分け8項目の骨盤径線を統計学的に処理し, 更に陣痛波型, 分娩所要時間出血量, 児体重, その他を比較検討した. Bishop scare 6点以上を指標にコルポイルーゼにより頸管因子の改善を図り, 点滴誘導を行ない分娩監視装置下にて硬麻 (カルボカイン 20ml) を実施, 人工破膜, 吸引分娩とした.

成績: 分娩総数1,812例中帝切72 (3.97%), 既往帝切の経腔分娩率は55 (62.5%) であり骨髄計測値上 (C) — (D) 間に有意差を認めた. また骨盤因子が帝切の要因と判定されたものを (B), (C) から抽出し (E) を構成したところ, (A) — (E), (D) — (E) 間に有意差を認めたが (A) — (D) には存在しなかつた. 従つて (E) の経線値 (平均値) $OC = 10.8 \pm 0.7$, $Mid AP (F) =$

11.8 ± 0.6 , $APN = 11.2 \pm 0.8$ cm は臨的に既往帝切例の経腔分娩許容の限界値と推定された. APN が11.5cm以下の比率は (A) 7.5% (D) 14%に対し, (B) 37.5%, (C) 47.8%と帝切群で高くこの径線に余裕があるべきことを重視したい. 他の計測値は大きな有意差がみられなかつた. (A) の分娩所要時間は7時間23分で (D) より2時間延長していたが, 開口期の著明な短縮, 軟産道抵抗の顕著な減少が得られる硬麻の有用性, 安全性が確認できた. 分娩前後の子宮破裂はみられなかつたが, (A) → (C) に移行した6例中2例に silent rupture が起きた. 分娩直後の内診所見で子宮創部の健全なものは40%未満であつた.

独創点: 既往帝切例の分娩管理に際し, ① 極力経腔分娩を図る方針でガスマン法による骨盤計測の許容限界値を設定し得た. ② 先進部下降の開始を確認して硬麻を実施することは極めて有用な方法であることを実証した.

質問 (東京マタニティー・クリニック) 抑田洋一郎

1. 再帝切及び前回帝切—今回経腔の例の児の体重は?

2. 示された骨盤の限界値は児の大きさ (推定) 又は超音波による BIP 測定値などにより増減されるのでしょうか?

3. APM, APO の限界値を決めるに当つて, 横方向