

山田 紳介, 吉田 京介, 早田 幸司  
林 伸旨, 吉田 信隆, 秋本 晓久  
関場 香

**目的:**婦人科手術に際し, 卵巣欠落症状の発生と患者の精神的および性格的要素との関係を明らかにし, 卵巣欠落症状の発生機序解明とその予防法の確立を試みた。

**方法:**健康婦人1,478例, 広汎子宮全摘後94例, 腹式単純子宮全摘+卵巣全摘209例, 同片側卵巣保存例87例, 同両側卵巣保存例29例, 膜式子宮全摘64例の計1,961例を対象とし Kupperman閉経期指数, Cornell Medical Index (CMI), 環境および心理的因子, 手術に対する意識について調査し, 一部の症例には YG 性格テストも施行した。次に両側卵巣摘出患者40例を術後6~12カ月間にわたり追跡調査し, 上記諸調査と血中 Gonadotropin 値の変動を検討した。

**結果:**① 卵巣欠落症状として, ほてり, 発汗, しづれ, 知覚鈍麻, 肩こり腰痛, 蟻走感の6症状が確認された。② これらの症状の発現と CMI-深町神経症判別との間に強い相関が認められた。③ 40例の追求群のうち23例に卵巣欠落症状が発生したが, 血中 Gonadotropin の変動には差が認められなかつた。症状別に検討すると, ほてりを発症した群において, FSH がやや高値を示す傾向を認めた。④ CMI 深町神経症判別では, I 型の19例中8例(42.1%)の発症に対し, II型で61.5%, III型100%, IV型75.0%と I型が最も低い発症率であつた。⑤ YG 性格 テストでは, 安定積極型の D型 が17例中8例(50%)と他に比して最も低かつた。⑥ CMI が I型かつ YG テストが, 型の症例では13例中5例(38.5%)の発症に対し, それ以外の症例では27例中18例(78.3%)と発症率に明らかな差を認めた。

**結論:**卵巣欠落症状の発生には, 患者の精神的および性格的要素が大きく関与しており, 術前におこなう精神医学的スクリーニングにより, 卵巣欠落症状の発現がある程度予知できる可能性が示された。これらは卵巣摘出の適否を決定する際の指標となり臨床上極めて有意義であると考えられる。

**質問** (東北大) 安部 徹良

① 術後卵巣欠落症状は内分泌の環境の急変により惹起されるというが, 具体的にどのような変化かお教え頂きたい。

② CMI で I型のものと IV型のものとの間で症状の種類およびその重症度のパターンに差が認められましたか。

**回答**

(岡山大) 八代 義弘

① 今回の報告は, 精神医学的検討を中心としたので, 又採血量の問題もあり, ホルモンに関する検討は, Gonadotropin のみにとどめた。E<sub>2</sub> など他のホルモンについては, 現在検討中である。

② 卵巣欠落症状と決定した6症状と精神医学的調査との関係をみると, “発汗” “肩こり, 腰痛”は, 神経症的で性格的にも不安定なものに多発している傾向があつた。それに対して“ほてり”的発症率は, CMI が I型, YG テストが D型, すなわち神経症的でなく性格的にも安定している症例とそれ以外の症例との間に差が認められなかつた。このことから“ほてり”は精神医学的影響が最も少ないという印象を受けた。

**質問**

(国立京都病院) 中村 隆一

卵巣摘出婦人に子宮頸癌手術症例も含んでいられるが, 予後に大きな心理的不安を持つ場合と, 良性腫瘍術後では精神医学的対応が異なると考えられる。この相異をどのように理解されるかお伺いしたい。

**回答**

(岡山大) 八代 義弘

追求群は, 精神的状態を一定に保つためにも, 理想的には良性疾患のみに統一すべきであるが, 症例数の関係でやむおえず, 今回の報告は, 良性悪性混在の状態である。

良性疾患と悪性疾患との比較を行うと, 悪性疾患の症例が術後の愁訴が少ないように印象を受けたが, 詳細については現在検討中である。

#### 84. 術後卵巣欠落症状と末梢血管動態との関連性

(東京女子医大)

井口登美子, 楊瑞 銘, 萩原 泰子

千葉やよい, 高梨 安弘, 河西 洋

松村 章子, 和田 順子, 高橋 文子

**目的:**女性は加齢とともに内分泌系, 脈管系に変動をきたし, とくに性成熟期婦人, 閉経前期婦人では子宮および卵巣摘出により, その症状は強くあらわれる。そこでこれら症状と内分泌系, 末梢血管系変動の関連性について検討した。

**症例:**子宮筋腫, 子宮頸癌, 体癌, 卵巣腫瘍など手術患者100名で, 術式により I群: 子宮摘出+両側卵巣摘出15例, II群: 子宮摘出+片側卵巣摘出35例, III群: 子宮摘出50例の3群に分類し, さらに術後不定愁訴の強弱により Kupperman 指数(以下 K-指) 15以下を a, 15以上を b とした。平均年齢43.2歳

**測定:** 血中 LH, FSH, E<sub>2</sub>, 四肢容積脈波, K-指で,

1981年9月

第19群 内分泌・末梢 I

1441

術前、術後2週、5週に測定した。指先容積脈波は収縮する細動脈系の変化を鋭敏に反映し、波高、切痕係数、波形について検討した。

成績：術後K-指15以上の症例は、①波高の低下、②切痕係数の上昇、③緊張波形の出現などの末梢血管の収縮状態がうかがえ、内分泌検査でFSH、LHの上昇、E<sub>2</sub>の減少と関連性がみられた。しかしK-指15以下ではGonadotropinおよびE<sub>2</sub>値と末梢血管系変動と関連性はみられなかつた。術後不定愁訴は手足の冷え、しびれ感、発汗、のぼせ、頭痛、腰痛、不眠、疲労などで、発現時期は術後2週頃にみられ、発現頻度はI群は全例、II、III群は35%であつた。

両側および片側卵巣が残存するも、手術のストレス、年齢因子、精神的緊張、興奮など多数の因子により術後は不安定な状態となり、両側卵巣摘出と類似の経過をとるものと考えられる。そこで四肢容積脈波は負担なく、くり返し測定可能で、術後不定愁訴の管理に一指標として有効な方法であると考える。

質問 (東北大) 安部 徹良

単純子宮摘除術例においても血清estradiolの低下と血清FSH、LHの上昇とがみられたとのお話をですが、卵管摘除もしておられますか？

回答 (東京女子医大) 井口登美子

III群は子宮摘出と同時に卵管摘除術も施行しています。

質問 (順天堂大) 橋本 武次

① I群の異常波形を示した症例のK-指数のパラメーターは何か。

② 冷え症の症例では、測定する足の趾尖の温度についてどのような配慮をしたか。

回答 (東京女子医大) 井口登美子

① 手足の冷え、のぼせ、発汗などでした。

② a. あしゆび脈波が低波高の時は、体位変換を試みる(腫瘍の圧迫による影響も考えて)。b. 精神的不安定、不定愁訴の症例は脈波の安定に時間を要し、低波高のことが多い。c. 室温は20°C前後で測定し、低波高のために末端を暖めたり、室温を上昇させたりしては測定していない。

## 第19群 内分泌・末梢 I (85~89)

### 85. Virilizing gonadと性ステロイドホルモン動態、とくに Testicular Feminization の考察を中心にして

(九州大温研) 吉田 耕治

多毛症や男性化症は主に内分泌学的因素によるものであるが、副腎性器症候群(AGS)と多嚢胞卵巣症候群(PCO)の症例を中心に、この逆の概念と考えられる睾丸性女性化症(TFM)と比較することによりvirilizationの病態にapproachしようとした。AGS(21-hydroxylase障害)1例、PCO17例、同胞発症したTFM2例について、末梢性ステロイドのRIA、性腺の組織像及びその一部は細胞培養法によりin vitroのホルモン活性をみた。TFMの1例では大陰唇のskin fibroblastの5α-dihydrotestosterone(DHT)のbinding affinityをGriffin, J.E.らの方法でしらべ、testisは透過電顕で検討した。その結果testosterone(T)値はPCO:2.13±0.66ng/ml, AGS:3.77ng/mlと正常男女のほぼ中間値を、TFMの2例は11.48, 6.3ng/mlと正常男性値を示した。一方E<sub>1</sub>, E<sub>2</sub>はPCO: E<sub>1</sub>=101.34±51.64, E<sub>2</sub>=68.72±30.78pg/ml, AGS:199.0, 122.0pg/mlと正常女性卵胞期の値

より高く、TFMの2例もE<sub>1</sub>=85.6, 104.0pg/ml, E<sub>2</sub>=43.2, 71.3pg/mlと正常男性値を上まわつた。progesterone値はPCO:0.79±0.36, AGS:9.51ng/ml, TFM2例は1.15, 0.71ng/mlであつた。AGSは多毛、男性化、陰核肥大を認めたが、PCOではTが高値を示したものもあつたが、軽い多毛が2例に認められたのみであつた。PCOを含むI度無月経、II度無月経、正常男女、妊娠のtestosterone-estradiol binding globulinも検討したが、妊娠の高値以外有意差はなかつた。TFM1例のtestisのSertoli-Leydig cellsの混合培養でT, 5α-DHTの産生は多く、5-α reductase活性は正常と考えられた。skin fibroblastの5α-DHTのbinding affinityは低く、結局本例はandrogen receptor異常によるcomplete TFMと判定された。testisは光顯的にはspermatogenesisが全くなく、電顕的にはSertoli-cell, Leydig cellとともに正常との差異はみられなかつた。TFMの2例にhCG, 5,000IU3日負荷テストを行つたが、血中Tの反応は殆んどなく、この点は従来の報告と若干異つており、少くともこの2例のTFMでは、末梢のandrogen感受性