

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

目的：婦人科手術に際し，卵巢欠落症状の発生と患者の精神および性格的要素との関係を明らかにし，卵巢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＋卵巢全摘 209例，同片側卵巢保存例87例，同両側卵巢保存例29例，腔式子宮全摘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。次に両側卵巢摘出患者40例を術後6～12ヵ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 卵巢欠落症状として，ほてり，発汗，しびれ，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例に卵巢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った。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った。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った。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：卵巢欠落症状の発生には，患者の精神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，卵巢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。これらは卵巢摘出の適否を決定する際の指標となり临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 術後卵巢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，精神医学的検討を主としたので，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。E₂ など他のホルモンについては，現在検討中である。

② 卵巢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見ると，“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った。それに対して“ほてり”の発症率は，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った。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

卵巢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伺いたい。

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. 術後卵巢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巢摘出により，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，卵巢腫瘍など手術患者100名で，術式によりI群：子宮摘出＋両側卵巢摘出15例，II群：子宮摘出＋片側卵巢摘出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，E₂，四肢容積脈波，K-指で，

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_2 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_2 値と末梢血管系変動とに関連性はみられなかった. 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 群は全例に, II, III 群は35%であった.

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是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.

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ことですが, 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, 測定する足の趾先の温度については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℃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

(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子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, PCO 17例, 同胞発症した TFM 2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 ± 0.66 ng/ml, AGS : 3.77 ng/ml と正常男女のほぼ中間値を, TFM の2例は $11.48, 6.3$ ng/ml と正常男性値を示した. 一方 E_1, E_2 は PCO : $E_1 = 101.34 \pm 51.64, E_2 = 68.72 \pm 30.78$ pg/ml, AGS : $199.0, 122.0$ pg/ml と正常女性卵胞期の値

より高く, TFM の2例も $E_1 = 85.6, 104.0$ pg/ml, $E_2 = 43.2, 71.3$ pg/ml と正常男性値を上まわった. progesterone 値は PCO : $0.79 \pm 0.36, AGS : 9.51$ ng/ml, TFM 2例は $1.15, 0.71$ ng/ml であった. 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のもあつたが, 軽い多毛が2例に認められたのみであった. PCO を含む I 度無月経, II 度無月経, 正常男女, 妊婦の testosterone-estradiol binding globulin も検討したが, 妊婦の高値以外有意差はなかった. TFM 1例の testis の Sertoli-Leydig cells の混合培養で T, 5α -DHT の産生は多く, 5α 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 は光顕的には 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った. TFM の2例に hCG, 5,000IU 3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