

175 卵膜の修復におけるフィブロネクチンの意義

浜松医大

安藤勝秋、金山尚裕、西口富三、志村忠洋、
伊藤まり子、寺尾俊彦

【目的】 preterm PROMの根本的治療は子宮収縮の抑制と羊水の流出防止である。羊水流出を防止するには卵膜の破綻部分の修復が必要であり、その一方法としてフィブリンプラグ法が報告されているが、未だ十分な成果が得られていない。そこで我々は卵膜の修復法についての基礎的検討を行った。

【方法】 選択的帝切例4例の卵膜を無菌的に採取し、洗浄後18G針で卵膜に径1mmの破綻部分を作製した。A群：フィブリン（ベリプラスTP）で破綻部分を修復。B群：ヒトフィブロネクチン（シグマ）で破綻部分を修復。C群：フィブリン＋フィブロネクチンで破綻部分を修復。D群：control群とした。MEM 10%FCSにて組織培養し3日、7日目に標本を取り出し、10%ホルマリンにて固定し組織切片を作成し修復部分を病理組織学的に検討した。

【成績】 A群ではフィブリンと卵膜には間隙があり、フィブリンは全く接着しなかった。B群では破綻部分の修復は認められなかったが、断端の細胞が変性を受けずコラーゲンファイバーの増成が認められた。C群ではフィブリンが卵膜に蜜に接着し、破綻部分とフィブリンとの間の間隙が認められず、破綻部分でのコラーゲンの増成が認められた。D群では破綻部分の細胞に変性が認められ修復像は観察されなかった。

【結論】 フィブリンによるPROMの修復が提唱されているが、確実な成果が得られていなかった。今回、フィブリンにフィブロネクチンを添加することにより蜜な接着が行われることがわかり、PROMの根本的治療法として臨床への応用が可能と考えられた。

176 フィブリン・アドヘージョン（FA）による前期破水の管理—特に、latent periodと胎児・新生児の感染率に注目して

高知医大

久保隆彦、岡崎成実、谷口勝紀、相良祐輔

【目的】 妊娠初期・中期の前期破水の管理は極めて困難で、早産・未熟児ならびに周産期死亡の大きな原因となっている。これらの前期破水に対してフィブリン・アドヘージョン（FA）を実施し、正期産分娩まで維持できた症例を本学会で報告した。今回、種々の管理方法を比較し、破水から分娩までの期間（LP）並びに胎児・新生児の感染率について検討したので報告する。【方法】 対象は妊娠34週以前の前期破水89例で、FAを実施した32例（Ⅰ群）、イソジン腔内持続消毒のみを実施した25例（Ⅱ群）、イソジン腔内持続消毒に抗生物質を投与した21例（Ⅲ群）、プロムフェンスを装着した11例（Ⅳ群）とした。FAは子宮頸管縫縮術後、フィブリノーゲンとトロンビンとで子宮頸管内を満たし、以後羊水流出を確認する毎に追加した。【成績】 ①Ⅰ群のLPは 33.5 ± 41.9 日でⅡ群の 6.3 ± 5.2 日、Ⅲ群の 5.1 ± 8.2 日、Ⅳ群の 7.5 ± 5.3 日に比較し、全て有意に延長していた（ $p < 0.05$ ）。②羊水あるいは胎児血細菌培養の陽性率はⅠ群：6/32（18.8%）、Ⅱ群：12/25（48.0%）、Ⅲ群：5/21（23.8%）、Ⅳ群：3/11（27.3%）で、Ⅰ群はⅡ群より低率であった（ $p < 0.05$ ）。出生した児のCRP陽性率はⅠ群：1/32（3.1%）、Ⅱ群：7/25（28.0%）、Ⅲ群：23.8%、Ⅳ群：2/11（18.2%）で、Ⅰ群はⅡ群より（ $p < 0.01$ ）・Ⅲ群より（ $p < 0.05$ ）有意に低率であった。出生後の顕性感染症の発症率はⅠ群：1/32（3.1%）、Ⅱ群：3/25（12.0%）、Ⅲ群：2/21（9.5%）、Ⅳ群：2/11（18.2%）であり、Ⅰ群はⅣ群より有意に低率であった（ $p < 0.05$ ）。【結論】 FAは従来の前期破水管理方法に比較しLPが極めて長期に延長でき、胎児・新生児の感染率も低率であることを実証したので、前期破水の画期的管理方法であることを提唱したい。