

生涯研修プログラム

1. レクチャーシリーズ A. 臨床レクチャー

3) 卵巣腫瘍の術前診断と術中迅速診断による手術様式

名古屋大学講師 吉 川 史 隆

悪性卵巣腫瘍は1987年に FIGO より術後臨床進行期が採用され、従来の子宮、付属器、大網切除に加えて腹腔細胞診、骨盤および傍大動脈リンパ節廓清が必要となった。更に残存腫瘍をできるだけ少なくすることが予後に大きな影響を及ぼすことが多数報告され、進行症例では腸管切除を含めた積極的手術がなされるようになった。したがって、現在の悪性卵巣腫瘍の手術は時間的、技術的、人的に大がかりとなっている。一方、シスプラチンの登場以来、化学療法が非常に有効であり、近年では完全摘出が不可能と考えられる場合には不完全手術の前に化学療法を先行させるべきであるとの報告も多い。neoadjuvant 化学療法の

有効性に関しては今後の検討を待つとして、個々の症例に応じた適切な治療を行うためには、術前にできるだけ正確に診断をつける必要がある。また、確定診断は組織診断にゆだねるため術中の迅速病理診断は必須である。しかしながら類皮嚢胞腫や内膜症性嚢胞などの良性腫瘍と悪性腫瘍の鑑別に苦慮することが多く、また良性と判断した症例でも悪性細胞が一部で認められることも多い。今回、術前診断として日常の外来で簡便に調べられる超音波検査と腫瘍マーカーの有用性を、また術中迅速病理診断の必要性について報告し、さらに術式についても言及したい。

4) 陣痛の調節

日本大学講師 坂 元 秀 樹

産科臨床において最も頻回に行われる医療行為は陣痛の調節である。すなわち母体と胎児管理を行いながら適時の陣痛誘発、促進あるいは逆に児成熟までの陣痛抑制を行うことで妊娠、分娩管理を行っている。それぞれの要約、適応、実際的手技はほぼ確立されているが、個々の症例によっては必ずしも所期の効果を得られないことも少なくない。例えば誘発には成功したが陣痛が微弱のため手術的介助を要した例や、遷延分娩となる症例などである。陣痛抑制においても早産自身が症候群であり、原因治療が困難であることから、治療が成功せず早産におわる場合が少なくない。そこで陣痛誘発、促進、抑制を施行した症例についてその成否の後方視的評価を行い、その成否を左右する因子を解析した。

分娩誘発：分娩誘発には陣痛を発生させる要素とその後の陣痛の維持、促進の二つの要素がある。そこで発生については、誘発開始後6時間以内に開口陣痛が発生したものを有効と判定、また維持、促進の評価は開口陣痛発生後、急進期に至るまでの時間（経産婦6時間、初産婦10時間）で評価し、誘発方法、誘発適応、経産回数、開始時の Bishop スコア、母体体重などを因子として解析した。

陣痛抑制：早産症例で治療の開始から48時間以上妊娠が継続した場合を有効とし、使用薬剤、経産回数、妊娠週数、開始時の Bishop および早産スコア、羊膜炎の有無で評価を行った。以上の検討とその結果より、より安全で効果の良い陣痛の調節について考える。