

ご 挨 拶



若手研究者による産婦人科・新生児血液学の発展に向けて

－ 血液疾患・病態への理解と出血・血栓症死亡ゼロを目指して－

第25回日本産婦人科・新生児血液学会

学術集会会長 安達 知子

第25回日本産婦人科・新生児血液学会学術集会の抄録号をお届けさせていただきます。本学会は、15年間の研究会の期間を経て、学会として25年目を迎えました。この間、時代の経過と共に、血液疾患・大出血などの病態から血栓塞栓症が注目されることになり、本学会の行動がきっかけとなって、産婦人科の血栓塞栓症予防ガイドラインが作られ、妊産婦死亡の減少に貢献してきました。血液凝固・線溶系は今でも本学会の重要なテーマですが、近年は、分子生物学、遺伝子学の発展から、DNAレベルでの解析が発展し、研究領域が広がっています。これらの歴史的流れや本学会の意義については、25周年を記念して座談会を開き、本学会誌に掲載しましたのでご一読ください。

今回の第25回学術集会では、「若手研究者による産婦人科・新生児血液学の発展に向けて」をテーマに、多くの若手参加者に興味ある企画を考えました。妊産婦死亡の主要原因である危機的状況の大出血と血栓塞栓症に対して、関連する他の専門学会とのジョイントシンポジウムは、自験の症例提示から始まります。初日は「正常分娩直後の不全子宮破裂・ショック」、2日目は「帝王切開手術中の肺血栓塞栓症」について、日本麻酔科学会、日本輸血・細胞治療学会、日本心臓血管外科学会、日本医学放射線学会から各専門家を招き、本学会の産婦人科・新生児科医との間で、熱いディスカッションをして頂きます。また、「最近明らかにされた遺伝性血栓症」に関するワークショップ、新生児輸血供給をはじめとする安全管理の教育講演、2つの特別講演「固相と液相からみた産婦人科における凝固と線溶」「女性ホルモン剤と血栓症」に関する元理事長と現理事長の講演ほか、魅力的なランチョンセミナーをご用意いたしました。また、本学会初めての試みとして、第一日目の懇親会前にビデオフォーラムを企画しました。フォーラムでは、軽食とドリンクをご用意いたしますので、ビデオを見ながら知識のブラッシュアップをしていただきたいと思います。

本学術集会で何よりも一番嬉しかったことは、過去最高の58題の一般演題の応募があったことです。一般演題の3000字の抄録はなかなか作成が難しいものの、査読を経ると論文として認められ、若手医師の専門医取得にも貢献しますし、何よりも科学的に研究を文章にまとめる技能を鍛えます。また、若手研究者に対して、学術集会長選定の学術奨励賞を考えております。これからの本学会は若手医師の躍進が期待されます。多くの若手医師が学会会員となり、学術集会に参加していただき、本学会を臨床、研究の両面から盛り立てていただきたいと思います。

末筆となりましたが、本学術集会開催に際してご尽力いただきました関係者の方々に感謝申し上げますと共に、本学会の益々の発展を祈念しております。

日本産婦人科・新生児血液学会設立 25 周年記念座談会



(前列左から) 安達知子先生、小林隆夫先生、中林正雄先生、白幡聡先生 (後列左から) 前田眞先生、瀧正志先生、板倉敦夫先生

座談会出席者：小林隆夫先生 (浜松医療センター 院長、日本産婦人科・新生児血液学会理事長)

瀧 正志先生 (聖マリアンナ医科大学小児科学教授・同大学横浜市西部病院小児科部長兼こどもセンター長、日本産婦人科・新生児血液学会理事)

前田 眞先生 (国立病院機構三重中央医療センター・総合周産期母子医療センター部長、日本産婦人科・新生児血液学会幹事長)

板倉敦夫先生 (順天堂大学医学部・大学院医学研究科産婦人科学講座教授、日本産婦人科・新生児血液学会理事・編集委員長)

白幡 聡先生 (産業医科大学名誉教授、日本産婦人科・新生児血液学会名誉会員・監事)

司 会：安達知子先生 (総合母子保健センター愛育病院 副院長・産婦人科部長、日本産婦人科・新生児血液学 理事、第25回日本産婦人科・新生児血液学会学術集会会長)

15年の研究会を経て学会創設へ

安達：今年、本学会は発足25周年を迎えます。それ以前に15年間、研究会の時期がありました。現在はビタミンKフォーラムも併設しております。今日は、現在本学会の運営に直接かかわっている先生方にお集まりいただきました。



安達 知子先生

まず、学会創設に至る経過を、創設以来現在も幹事長

をしておられる前田先生からお話いただけますか。

前田：本学会の前身である、「産婦人科血液研究会」は、現在本学会の名誉会員で長く学会幹事をお務めいただいた相馬廣明先生が主催して、1976年秋に第1回が開催されました。今も学会の名誉会員でいらっしゃる品川信良先生や杏林大学の鈴木正彦先生（故人）、本学会初代理事長の真木正博先生、僕の師匠でもある第3代目理事長の寺尾俊彦先生（故人）、そして第4代目理事長の白幡聡先生が参加されました。

その後、産婦人科血液研究会は年々演題数や参加者が増えて、小児科の先生方の参加も拡大したことを

受けて、第6回から「産婦人科・新生児血液研究会」へ改称。平成2（1990）年、本学会第2代目理事長の山田兼雄先生（故人）が第15回を開催され、その際、学会昇格への機運が高まり、設立準備委員会が発足されました。同年の後半から準備委員会が活発化して、寺尾先生、白幡先生、第5代目理事長の中林正雄先生を中心に、本学会の今年の学会長である安達知子先生と共に私も幹事として参加、東京で何度も会合を開催しました。学会の設立趣意書に始まり、会則案の作成や役員選定案まで、不慣れなことばかりでしたが楽しい仕事でした。



前田 眞先生

半年間で準備は終了し、平成3（1991）年4月、京都市で開催された日本産科婦人科学会で、本学会のチャーターメンバーとなる理事、役員候補の先生方に集まっていただきました。真木先生、寺尾先生から学会の会則等をご説明いただき、第1回学会開催に向けてご協力をお願いしました。その席上で、当時お元気だった名古屋市立大学の八神教授が、「信頼しているからがんばれ」と言ってくださり、それが勇気となってパワーアップしていったことは今でも忘れません。

その年の6月、浜松市で記念すべき第1回「日本産婦人科・新生児血液学会」を開催しました。終了後、初代会長の寺尾先生が満足感を示しながらも、あまりに多いプログラムとハードなスケジュールのためか、会員が多会場に分散してしまい、ちょっと欲ばりすぎたかなあと感想をもらし、次のように言われました。

「これから、本学会運営を拡大路線ではなく、学会員が納める会費だけで運営できる、他に頼らず自分たちだけで好きな研究に打ち込める、身の丈に応じた学会運営を心がけていこう。ただし学会誌はきちんと刊行し、アカデミックなところだけは譲らない」。

同時期、日本妊娠中毒症学会（現在の日本妊娠高血圧学会）や日本性感染症学会などがスタートして、

僕もいろんな学会の準備に携わりましたが、この学会だけは寺尾先生のポリシーを今でもきちんと守ってやってきたのではないかと思います。

その後、第6代目理事長の吉岡章先生、第7代目理事長の池ノ上克先生、現在の第8代目理事長の小林隆夫先生へと受け継がれて四半世紀が経過し、第25回を迎えることになったわけです。15年間の研究会期間を加えて40年。僕の医師としての人生とも重なります。この25年間、今も僕が最も尊敬し大好きだった寺尾先生がいつも言っていたことがあります。「血液を知らずして産婦人科医師たり得ない。子宮は人体のなかで唯一無二の出血を繰り返す臓器であって、産婦人科医師が月経や分娩時出血を管理することを職とすることからも明白である」。後輩や後世にきちんと伝えていかなければいけないと思っています。

安達：現在、学会に併設されているビタミンKフォーラムはいつから始まったのでしょうか。経緯をお聞かせください。



白幡 聡先生

白幡：ビタミンKフォーラムは、第8回の学術集会から開催されており、今年で17回目を迎えます。

出生後7日以内の新生児にビタミンK欠乏による出血傾向がみられることは19世紀から知られていましたが、早期新生児期を過ぎた乳児にもビタミンKの欠乏による出血が起こることが明らかになったのは比較的最近のことで、最初の報告は、1964年、オーストラリアのドクターからでした。この内容が掲載されたのが、オーストラリアの内科の雑誌だったため、少なくとも日本の小児科医にはほとんど知られていませんでした。1975年、神奈川県立子ども医療センターの飯塚先生のグループが、日本で初めて症例を報告。本症は頭蓋内出血が多く、母乳哺育との関連が深いということで、大きな

関心を持たれるようになりました。

予防対策として、ヘパプラスチンテストによるスクリーニングを私たちが提案させていただいて、それがきっかけで厚生省（現、厚生労働省）に研究班が発足、1989年に新生児・乳児ビタミンK欠乏症研究会がスタートしました。その後、第8回本学会の学術集会時に第1回のビタミンKフォーラムが発足し、以降、学術集会に合わせてサテライト・シンポジウムが行われています。代表幹事は、浜松医科大学の寺尾俊彦先生と私が務め、寺尾先生のご逝去に伴って第16回から寺尾先生のお弟子さんの静岡県立こども病院周産期センター長の西口富三先生と私が代表幹事を仰せつかっています。

乳児のビタミンK欠乏性出血症は、頭蓋内出血の予防がとても大切ですが、予防対策として、出生時と産科退院時、1か月健診時の3回、ビタミンKシロップを投与する予防対策が普及してずいぶん減りました。その普及には、本学会やビタミンKフォーラムの果たした役割が大きいと思います。減少はしたものの、それでもまだ発症例があり、寺尾先生にご相談したところ、ガイドラインの改訂を勧められ、産科サイドから西口先生と当時の東京女子医大の松田義雄先生、小児科サイドから3名、合計5名でガイドラインの策定委員会をつくり、「新生児・乳児ビタミンK欠乏性出血症に対するビタミンK製剤投与の改訂ガイドライン」を作成しました。従来の3回プラス母乳哺育児には生後3か月まで週1回ビタミンK製剤を投与する方法で、これが普及していくと、日本では乳児のビタミンK欠乏性出血症がほとんどなくなるのではないかと期待しています。

産科DIC診断のバイブル「産科DICスコア」を考案

安達：次に、日本産婦人科・新生児血液学会のあゆみについて。最初は、産婦人科のあゆみについてお聞きしたいと思います。



小林 隆夫先生

小林：本学会は、産婦人科医師と新生児科医師が共に血液学に関するテーマ、妊娠、分娩、産褥、胎児、新生児、および婦人科でも血液に関連する話題を研究・発表したり、各種行事を行っています。

今、私が本学会の理念と位置づけているのが、「出血と血栓—死亡ゼロを目指して—」です。

と申しますのも、やはり出血と血栓が妊産婦死亡の原因として大きいからなんですね。実際、本学会の前身である研究会が発足した1976年当時は、妊産婦死亡率は出産10万対約28と多く、死因の第1位は、妊娠中毒症（現在の妊娠高血圧症候群）、第2位が出血、第3位が敗血症でした。しかし、私が生まれた1950年当時は、妊産婦死亡は出産10万対176人、1年間に4,400人くらいが死亡していました。産科医にとっても当時の妊娠中毒症と出血対策が喫緊の課題だったわけです。その後、各種法律の制定や妊婦健診の普及、抗菌薬の進歩、輸血体制の整備、抗DIC薬や抗ショック療法の登場、医療機器の充実等々産科医療が進歩しました。また、1960年に施設内出産と家庭出産が半々になり、以降、現在は99%以上が施設内出産です。産科医療体制が整備されて妊娠中毒症が激減し、いつの間にか出血による死亡が妊産婦死亡原因の第1位になったわけです。

産科出血と言えば、なんといってもDIC（播種性血管内凝固症候群）です。他の診療科では見られないような大出血をきたします。すぐに急性、超急性DICとなってしまうますが、これは昔から消費性凝固障害と言われています。他の診療科との違いは、胎盤と羊水という胎児成分があることです。その中の組織因子やケミカルメディエータなどが母体血中に入って、DICを惹起する。これが産科の急性DICですが、急性のDICは一刻も早く診断して治療しなければなりません。

産科DICは基礎疾患がほぼ限られており、また特徴的な臨床症状もみられます。凝固・線溶のホメオスタシスが破たんして消費性凝固障害が起きますと、血液凝固因子、特にフィブリノゲンが激減して血が全く固まらず、どんどん出血します。

本学会の初代、3代、7代の理事長を歴任された真木先生、寺尾先生、池ノ上先生が中心となって、1985年に産科DICを早期に診断、治療を開始するための産科DICスコアを考案して発表。現在もわが国の産科DIC診断のバイブルとして広く使われております。今回、日本血栓止血学会で旧厚生省のDIC診断スコアをもっと現実的なものに改訂しようと、新たなDIC診断スコアを作成しました。産科DICと新生児DICは、他科の診断スコアには当てはまらないため、当初から除外されています。それほど産科DICは他科のDICとは異なっており、そのため、この産科DICスコアが非常に有用なのです。

出血の治療薬の臨床治験も行い、アンチトロンビン製剤や遺伝子組換えのトロンボモジュリン製剤が広く利用されています。残念ながら、活性化プロテインC製剤（アナクトC[®]）は臨床治験をやりましたが、現時点では保険適用になっていません。最近では、遺伝子組換えの活性型血液凝固第VII因子製剤（ノボセブン[®]）が危機的産科出血に有用であることから、本学会主導で「産科大量出血に対する遺伝子組換え活性型血液凝固第VII因子製剤の使用調査」を行い、私が25症例を解析した論文が「International Journal of Hematology」に掲載されました。最近、日本産科婦人科学会の協力を得て69症例が集まり、論文投稿中です。また、ノボセブン[®]を投与する時にフィブリノゲンの値が非常に大事ですので、フィブリノゲン製剤も日本産科婦人科学会主導で調査し、これも101例集まって論文投稿したところです。なお、両論文とも本年「Journal of Obstetrics and Gynaecology Research」（JOGR）誌への掲載が決まりました。

フィブリノゲン製剤は、危機的産科出血に非常に有

用な補充療法なのですが、以前、発生したC型肝炎ウイルス混入問題が尾を引いて、なかなか保険適用されないのが現実です。しかし、出血に起因する妊産婦死亡を防止するためには必須な製剤ですので、引き続き厚生労働省には要望していきます。

われわれ産科医は、出血との戦いに明け暮れていました。しかし2000年ごろから出血に代わって血栓症、とくに帝王切開後の肺血栓塞栓症がクローズアップされてきました。近年、高齢化や食生活の欧米化で血栓性疾患が増加しています。特に2000年には成田空港で開港以来8年間にエコノミークラス症候群による死亡が25例報告され、また、がん手術後や帝王切開後の肺血栓塞栓症死亡例が大々的に報道されて、われわれにとってまたしても喫緊の課題になったのです。日本産婦人科・新生児血液学会としては、日本の現状を知らなくてはいけないと思い、1991年から2000年までの10年間、および2001年から2005年までの5年間の2回、産婦人科領域の静脈血栓塞栓症の全国調査を行いました。その結果、日本人の妊産婦の肺血栓塞栓症や深部静脈血栓症の実態が初めて明らかになりました。この結果は、2004年に本学会も参加して作成された、わが国初の静脈血栓塞栓症予防ガイドライン、それから2009年の「肺血栓塞栓症および深部静脈血栓症の診断・治療・予防に関するガイドライン（2009年改訂版）」のエビデンスになっています。

一時期、妊産婦死亡の12～13%くらいが肺血栓塞栓症が原因で、死因の第3位でしたが、2013年には第5位にまで減少しました。これは、全国の産科医がガイドラインに沿った診療を実践していただいた結果です。また、日本麻酔科学会の全国調査が2002年から行われていますが、2002年には帝王切開1万件あたり6.5件の肺血栓塞栓症が発症していましたが、2011年には0.4件と、何と16分の1にまで激減しています。このことは、予防と適切な診断・治療はいかに重要であるかを如実に示していると思います。こういった取り組みも本学会が主導でやってきましたので、産科出血と血栓症に

対する取り組みは重要だと思います。

血栓症に関して、「プロテインS活性測定」、「抗リン脂質抗体症候群に対するヘパリンカルシウム投与」、「在宅ヘパリン自己注射」が保険償還されるようになりました。「在宅ヘパリン注射」の保険償還は、われわれの念願でしたが、本学会が日本産科婦人科学会、日本産婦人科医会、日本血栓止血学会と共同で作成した「ヘパリン在宅自己注射療法の適応と指針」がきっかけとなり保険適用となったわけです。これは、毎日2回通院する患者さんの負担を軽減することができ、非常に朗報です。

他にも、薬剤に起因する血栓症があります。例えばダナゾールや排卵誘発剤による卵巣過剰刺激症候群は1990年代に脳梗塞等で大きく報道されましたが、近年は低用量経口避妊薬やホルモン補充療法による血栓症も社会問題となり、厚生労働省から注意喚起が出され、本学会でも注意喚起を出しています。現在、本学会も関与して「女性ホルモン剤使用による静脈血栓症及び動脈血栓症の後方視的研究」を行っています。今後この調査結果を解析することにより、女性ホルモン剤使用中に発症した血栓症の発症頻度やリスク因子等を明らかにし、安全な女性ホルモン剤使用に関する提言を行う予定です。

有効治療で妊産婦死亡が半減

安達：産科DICの基準が作られたのが1985年。30年前ですね。とてもいいものを作られたと思います。大事なことは、ただの診断基準でなく、治療開始基準を検査データだけでなく臨床項目を入れて作ってくださったこと。他科とは違う産科DICの特徴をよくつかんでいただいたと思います。血栓症のことも本学会が中心になって実態調査を行い、それをもとにいろいろな診療のガイドができてきました。国に働きかけて実際の診療に役立つ薬剤の保険適用や実践なども広めて、本学会は大きな役割を果たしてきました。これは、専門化した集団による学術団体であったからこそできた

ことではないかと思います。

前田：国際的にみて産科DICスコアのような診断基準は、他であまり聞くことはありませんが。

小林：ないですね。DICの診断基準に関しては、日本が世界をリードしています。

前田：他の国で導入するような動きはないのですか。

小林：それに関しては板倉先生に頼まれまして、JOGR誌に私がObstetrical DIC scoreの総説を書かせていただきました。それを是非世界中で参考にしていただきたいと思います。

前田：産科DICスコアのいいところは、ベッドサイドで臨床症状を観察しただけで簡単にスコアリングができること、血液検査が出る前にアンチトロンビン製剤等の抗DIC薬の投与がスタートできる。作成した時のポリシーがずっと臨床の現場で生きています。内科の先生たちは、細かいデータを重視されますが、僕たちはデータが出るまでゆっくりしてられない。

小林：経験的にこの基礎疾患ならDICになる、この臨床症状はDICだというのがわかってますからね。それで治療を開始する。現在は日本血栓止血学会でも全世界どこでも、DICと診断される一歩手前のpre-DICの段階で治療をスタートした方が予後が良くなることを皆さんわかっているんで、その方向にシフトしてきていますね。ただし、内科系のDICというのは、一刻でも早く治療を開始しなくてもいいので、検査データを見てからというのは変わらないのですが、それでも少しでも点数が低いうちから治療をスタートしたほうがいいだろうという形になりつつあります。これは産科DICスコアが非常に影響しているのではないかと思います。

安達：13点で産科DICという確定診断になりますが、先生がおっしゃったように、8点でDICの治療を開始できるということは、使う血液製剤などの種類も少なく、量も少なく、治療期間も短くなるため、より軽い治療ですみやかに救われている妊産婦は多いということになります。例えば、8点ならばまだ、血小板が下がっ

ていない状態で、血小板濃縮液を入れなくてもいい状態であったとか、そういうことがあるわけですね。

小林: ちなみに、2014年の妊産婦死亡が30数例しか報告がないのです。仮に100万分娩で30例程度となると、3万分娩に1例程度の妊産婦死亡になってしまうのです。しかもその中で出血に起因する死亡が10数%に減ってきています。それだけ産科出血が減ってきて、その代わりに増えているのが脳出血です。妊産婦の脳出血や心疾患、大血管合併症が増えています。羊水塞栓症と産科出血はまだ多いですが、近い将来、脳出血が抜くと思われます。

板倉: 数年前のデータでは、妊産婦死亡原因における出血関連は25%でした。25%というのは実は発展途上国の数字なのです。イギリスでは5位か6位。これは分娩システムの違いが大きいと思います。半数の出産がクリニック等の有床診療所で行われているのが日本の特徴ですから、出血への対応に関してどうしてもマンパワーが足りない、医療資源も足りませんから、出血による死亡が多かった。それを産科DICスコアなどのさまざまな出血に対応する対策により減少させてきました。最近ようやく、妊産婦死亡を半減させるという2000年に掲げられた「健やか親子21」の目標が達成できましたが、出血による死亡を減少させた、本学会の果たした役割は大きかったと思います。

代表的な3つの新生児血液疾患

安達: それでは白幡先生、新生児血液学の歩みについてお話しください。

白幡: 新生児血液学の歩みについて、代表的3つの疾患を取り上げてみたいと思います。出血性疾患としてDIC、赤血球の疾患に関しては未熟児貧血、これは新生児特有の病気です。さらに白血球の異常で一過性骨髓異常造血、これも新生児期の病気です。この3つを取り上げて、血液学の歩みとの関連を含めてお話しします。

私が血液学の分野に足を踏み入れたのはDICがきつ

かけです。小児科入局の1年後に関連病院に出張しましたが、そこでは他の施設に先駆けてすでに未熟児・新生児の集中治療に取り組んでいて、人工換気療法も積極的に行っていましたが、当時はまだ原因がわからず、特発性と呼ばれていた新生児呼吸窮迫症候群や、胎便吸引症候群の新生児に人工換気を行っても、ほとんど亡くなりました。直接死因は、肺出血か頭蓋内出血でした。剖検すると全身至るところに出血がみられ、病理医はそれを無酸素性出血と診断しました。でも、なぜ無酸素になると全身に出血が起こるのか成書を読んでもわからなかったので、小児科医長から私が血液の勉強をしてくるように言われ、当時、荻窪病院におられた本学会第2代理事長の山田兼雄先生のもとに通うようになったのが、血液学を始めたきっかけです。

当時は、日本にもようやくDICという概念が入ってきたころです。山田先生はいち早くブドウ球菌を使ったFDPの測定法（SCT）を日本に導入されていて、さらに赤血球凝集阻止試験、HITも取り入れていました。山田先生から、出血の原因はひょっとするとDICかもしれないから調べてみたらと言われて、血小板数やフィブリノゲン、PT、APTTと一緒にFDPを測ってみると、悪くなるケースはどんどん血小板数やフィブリノゲンが減っていき、逆にFDPが増加していきました。このことから、無酸素性出血の主因はDICであることがほぼ明らかになりました。その後、山田先生から新生児DICの診断基準を作るように言われて、1985年ごろだったと思いますが、フィブリノゲンと血小板数、FDPを組み合わせた診断基準を作りました。新生児、小児を含めたDICのガイドラインは、われわれが提案したものが唯一でしたので、数年前の国際血栓止血学会で、小児のDICという教育講演でも紹介されました。

産科の診断基準は今でも十分通用しますが、新生児の方はFDPの測定方法が変わってきて、われわれが作った当時の基準値が当てはまらなくなったことなどから新しい診断基準が提唱されました。本学会小林

現理事長がちょうど産婦人科血液関連ガイドラインの見直しを考えておられたこともあって、新生児DIC診断基準の見直しを行い、併せてこれまでなかった治療指針を作成することになりました。鹿児島市立病院の茨聡先生、奈良県立医科大学の高橋幸博先生、聖マリアンナ医科大学の瀧先生と私が中心となって、若い先生方にも声をかけ、理事会の了承を得て日本産婦人科・新生児血液学会の中にワーキンググループを立ち上げました。昨年、ワーキンググループとしての案ができあがり、全国の施設で1年間試行していただいています。そこでいただいたご意見を取り入れて新生児DIC診断・治療ガイドラインとして提言する作業を進めています。

2つめは、未熟児貧血です。近年の新生児医療はめざましいものがあって、以前は救命が困難だった超早産児を後遺症なく救命できる割合が増加しています。その中で問題になっているのが未熟児貧血です。未熟児貧血は、以前は出生後の体重増加に伴う血液の希釈が主因だと考えられてきましたが、血液中のエリスロポエチン（Epo）が測定できるようになって、Epoの分泌が少ないことが主因と判明しました。すなわち、成人の赤血球造血は腎臓から分泌されるEpoで調節されますが、胎児期の赤血球造血は肝臓から分泌されるEpoで調節されています。肝臓からのEpoの分泌は、多血症のリスクを避けるためにかなり貧血が進行しないと起こりません。在胎期間が短い児ほど出生後、肝臓から腎臓へのEpo分泌臓器の移行が遅れるため、早産時では貧血になりやすい。これまで、治療は輸血しかないと言われてきましたが、病因が判明してから、わが国でEpo製剤の治験が行われ、有効性が確かめられました。これによって、副作用の多い輸血を避けることができるようになりました。今はEpoをある条件を満たした新生児に使うことで、輸血の頻度や量がかなり減ってきました。

3つめは、一過性骨髄異常造血（TAM）で、主にダウン症候群の新生児の5～10%に発症します。これ

を発見したのは、当時アメリカ留学中だった長尾大先生です。一過性に骨髄の増殖が起きて、発症時は白血病となかなか区別が付きません。一過性と呼ばれているように多くは無治療でいったん良くなりますが、20～30%が4年以内に白血病を発症します。まだどのようなケースがTAMの中から白血病になるのかはわかっていません。ただ、大きな発見として、TAMを起こしたダウン症候群の遺伝子検査をすると、ほぼ全例にGATA1遺伝子に変異があることが報告されました。GATA1は、赤血球造血や巨核球分化に必須の因子です。TAMでは遺伝子変異によってN末端の転写活性化領域を欠いたGATA1sが選択的に翻訳されますが、このGATA1変異と21番染色体上の遺伝子が共働して腫瘍性疾患を引き起こすことまでわかっています。現在、どういう遺伝子が共働しているのか、活発な研究が進められています。

安達：先ほどの貧血の話ですが、今は流産と早産は妊娠22週を境に定義されていますが、私が医師になったころは、確か28週だったのではないかと思います。それだけ救命できる状況になって早産の定義の出生週数が下がってきました。逆に言うと、早産児では、今まで予想もしていなかった病態が出現したり、その他の問題もあっていろいろ変わってきたわけですね。貧血のとらえ方ひとつにしても違ってきますが、Epoでコントロールできるようになったのはすごいことだと思います。

PAI-1は生命維持の必須な要素

安達：産婦人科、新生児もそうかもしれませんが、液相から固相へと、概念が変わってきて、いろいろな因子について検討しなければいけない時代になってきました。

小林：血液凝固線溶系因子の研究について少しお話しします。従来、血液凝固線溶のカスケードは、蛋白の分画と活性の性質や特異性を指標として数十年前から明らかにされ、その凝固と線溶の因子が相互に作用し

ながらホメオスターシスをバランスよく保っている機構も明らかになりました。血液凝固因子は、止血のための因子であると同時に、組織の接着、修復、血管の再生、成長、細胞増殖にも深く関与し、特に着床や妊娠維持のための胎盤と子宮の接着、すなわち生殖現象や妊娠の維持機構に必須の物質であることがわかっています。また、血液凝固線溶系の物質が癌の浸潤や増殖にも必須なことが判明し、例えば、癌細胞はウロキナーゼを分泌して癌細胞表面にあるウロキナーゼ受容体と結合して、オートクリンないしはパラクリンタイプの分泌をすることによって細胞外マトリックスを分解し、癌細胞自身が浸潤していくとともに、細胞増殖にも関与していることも明らかにされました。このように、血液凝固線溶因子に関する研究も単なる液相で血が固まるという血液学の分野から、着床や妊娠維持、さらには癌の浸潤・転移という固相の生殖医学、腫瘍学の分野にまで視野を広げるに至ったわけです。

例えば寺尾先生が、非常にまれな疾患を、「天与の実験モデル (Experiment of Nature)」と表現されていますが、着床や妊娠維持に関する天与の実験モデルは、先天性血液凝固因子欠乏症と妊娠の成立および妊娠の維持の関係にあります。浜松医科大学産婦人科でも、教室設立当初からこの研究に取り組んできました。着床および子宮と胎盤との接着には、血液凝固線溶系物質が深く関与していることは明らかであり、そのモデルとして先天性無フィブリノゲン血症と先天性XIII因子欠損症患者の妊娠、分娩があげられます。両者では、いずれも妊娠初期に出血が始まり、補充療法しなければ100%流産してしまいますが、フィブリノゲン、XIII因子をそれぞれ補充することによって妊娠は維持され、生児を得ることができます。これは、ノックアウトマウスを用いた実験でも証明しました。この他に、子宮と胎盤の接着に関与する物質ではコラーゲン、フィブロネクチン、ラミニンなどがありますが、接着性物質と妊娠・分娩との関係も次第に明らかにされてきました。この先天性無フィブリノゲン血症とい

うのは、浜松医科大学で5症例、8分娩に成功しており、世界のほぼ半数の成功例であります。

接着に関して、ひとつの症例を紹介します。昭和50年代の半ば、浜松医科大学産婦人科に、「月経出血が止まらない」という女子中学生が名古屋大学の内科から紹介されてきました。この子は、月経時に最大13リットルもの出血を起こしました。原因が全くわかりません。普段は女性ホルモン剤を飲んで月経を止め、中高生のころは年に2回、春休みと夏休みに薬を止めて浜松医科大学に入院して消退出血を起こしていました。入院中は大量に輸血しながらも出血を繰り返しましたが、そのうち新鮮凍結血漿を大量に投与すると止血していくことがわかってきたわけです。既知の血液凝固線溶系因子は全て正常範囲内でした。

この患者さんの臨床経過をみると、出血のエピソードは、出生後の臍帯脱落時、乳歯の抜歯時、打撲、手術、月経時です。結婚後3回妊娠しましたが、1回目は絨毛膜下血腫で流産、その後の2回は新鮮凍結血漿を連続的に投与しながら妊娠を維持していましたが、妊娠32週と27週に常位胎盤早期剥離を起こし、緊急帝王切開で無事出産。2人とも元気に育っています。さらに創傷治療も非常に悪く、ケロイドになってしまいます。名古屋大学血液内科で研究してみましたが、原因ははっきりわかりませんでした。

状況が一変したのが、2009年のことです。当時、産婦人科の大学院生が生理学教室で、XII因子とPAI-1（プラスミノゲンアクチベーターインヒビター1）の研究をしていたのですが、ユーグロブリン溶解時間を測定している時に、たまたまこの患者さんのユーグロブリン溶解時間が非常に短縮していることに気づきました。コントロールが7.2時間に対して1.36時間。すぐ溶けてしまうのです。しかも、カルシウムやカオリン添加でも変化がない。むしろ、カルシウム添加で若干延長することも観察しました。ユーログリン溶解時間は、線溶活性を反映するものなので、線溶が異常に亢進していること、およびこの患者さんのPAI-1が線溶活性

に關与していないことを意味しています。この時点で、PAI-1の異常が強く疑われ、PAI-1は検出感度以下であることも確認されたのです。PAI-1のノックアウトマウスは全く異常がなく、妊娠・分娩も正常なことから、皮肉なことにわれわれはPAI-1を検査の候補にもあげなかったのです。

PAI-1増加は、病的な側面しかクローズアップされませんが、この患者さんを通してPAI-1が欠損していると生命が危ういことが判明しました。月経時の出血はもちろん、妊娠の維持にもPAI-1が必須であり、生児を得るためにはなくてはならないものだったのです。ただ、PAI-1は、妊娠経過とともに生理的に増加して線溶を抑制することで妊娠中や分娩時の出血を制御していますが、過剰に増加すると極度の線溶抑制の結果、妊娠高血圧症候群の増悪や血栓症にも関与してきます。血液凝固線溶系因子異常症の人の臨床経過を細かく観察していくことで、いろんな凝固線溶系因子の病態や生理機能がわかりますし、液相だけではなくて固相にも非常に関係していることがわかってきたわけです。こういったことも本学会の流れの中で非常に重要なことではないかと思います。

瀧：PAI-1の欠損症の人は、PIC（プラスミン- $\alpha 2$ プラスミンインヒビター複合体）は高値ですか。

小林：いい着眼点ですね。それでカルテを検証してみました。PICは $2\mu\text{g/mL}$ を超えていました。高かったのです。Dダイマー値も増加していて、フィブリノゲン値が下がると出血が起きるのです。そこでFFPを投与すると、フィブリノゲン値が上がってDダイマー値が下がるという繰り返しでした。当時、アドナやトランサミンを当たり前のように使っていましたので、この出血に対してもトランサミンを1日1gの量で使っていました。でも、まったく効かなかったです。トランサミンを4gとか6gとか、もっと大量に使えば止血したかもしれませんが、当時はわからなかったの、トランサミンも効かないと判断したのです。ここがひとつの落とし穴で、今考えると悔しいですね。

安達：生まれた時の臍帯の脱落の時点で出血が止まらなかったわけですね。この時点で大出血や感染を起こしてもおかしくないし、いろいろあったわけですから、大変な症例ですね。

小林：凝固因子とインヒビターについてお話しします。血液凝固機構は、血液の流動性の保持と血管の破綻の修復・止血という相反する仕事を行って恒常性を保っています。血液凝固因子に対しては、血液凝固制御因子、すなわちインヒビターが存在し、線溶因子にもそれらのインヒビターがあります。これらのいずれかの機能の破綻が出血ないしは血栓です。この機能の破綻として、妊娠高血圧症候群や子癇、HELLP症候群などの妊娠中の疾患がありますが、これらは過凝固状態を背景に発症し、血液凝固と血管の攣縮が密接に関連していることをわれわれは明らかにしました。インヒビターの治療、つまり妊娠高血圧症候群の重症例に対するアンチトロンビン療法の臨床治験を行って、良好な結果が得られました。アンチトロンビン以外に、先天性の凝固制御因子の欠乏症には、プロテインC欠損症などありますが、プロテインS欠損症が日本人には非常に多く、特に特殊な変異（徳島変異）が多くて血栓症にも関与してきます。

先天性の血栓性素因以外には、後天性の素因もたくさんあり、その中で特に抗リン脂質抗体症候群は血栓症と大いに関係があります。また、血管内皮細胞には種々の抗血栓機構があつて血液の流動性を保持しています。主な凝固制御機構は、トロンボモジュリン・トロンビン複合体がプロテインCを活性化する活性化プロテインC凝固制御系、トロンビンを直接阻害するアンチトロンビン凝固制御系、組織因子を阻害するTFPI（組織因子経路阻害因子）凝固制御系です。さらに線溶を制御する機構としてTAFI（thrombin activatable fibrinolysis inhibitor）があり、血小板を制御する機構にはプロスタサイクリンによる血小板凝集阻害系などがあります。

iPS細胞による

血友病への遺伝子治療が可能に——

安達：続いて板倉先生に、遺伝子医学、医療、研究の現状についてお話しいただきます。



板倉 敦夫先生

板倉：本学会に関連した遺伝子医療について調べてみると、まず遺伝子診断がヒットします。多くは先天性疾病で特に血液に関連する学会ですから、血液の凝固系異常の遺伝子診断が最初に出てきます。

現在では多くの遺伝子診断が大学の研究室レベルで行われています。この診断結果は広く臨床にも応用されて、これまで活性のみで診断されていた先天性血栓性素因にも広がり、タイプ別の確定診断が可能となりました。さらに家系調査につながり、発症前診断にも広がっていきます。発症前診断までたどり着くと予防医療につながるので、大いに意義が出てきます。すでに流産、血栓症などの既往がなくても、遺伝子診断によりリスクが同定されている妊婦さんもみられるようになりました。これらが診断されていると産科合併症の減少につながります。さらにプロテインCやプロテインSのホモ接合体や複合ヘテロ接合体で発生する電撃性紫斑病の出生前診断につながる可能性があります。遺伝子の先天性の血栓性素因に関する遺伝子診断は、産科領域から新生児領域にまで繋がり、予防、あるいは治療に非常に有用になると考えます。

遺伝子治療に関しては、代表的な治療として血友病の臨床応用が行われています。血友病で欠損している第VIII因子と第IX因子の血液凝固活性部分をベクターに組み込んで患者に注射し、体内で凝固因子を産生させる治療が始まっています。しかし、凝固因子産生を継続的に行うためには、この遺伝子治療を繰り返して行う必要があります。長期間、体内での凝固因子の産生を維持するために、高い導入効率のベクターに

改良したり、産生タンパクの半減期を長くするための凝固因子の遺伝子を改変したりするなどの研究が進んでいます。

さらに最近では、患者本人の細胞からiPS細胞を作成し、これに凝固因子を遺伝子導入して線維芽細胞等に分化させて、患者に戻す治療の研究も行われています。iPS細胞による遺伝子治療は、長期にわたって凝固因子を産生し続けることが可能になるので、治療を繰り返すことが少なくなり、インヒビター産生も避けることもできます。

まだ乗り越える問題はたくさんあり、例えば第VIII因子遺伝子は全長7.0kbもあるので、これをひとつのベクターの中に導入することは相当難しいようです。最近のトピックスでは、導入を全長で行うためにベクターを改良し、昆虫由来のベクターを使ってiPS細胞にこの遺伝子導入が成功しており、さらにこのベクターを血友病AマウスにiPSにした全長を組み込んだものを入れると、300日以上インヒビターの産生なく第VIII因子を発現させ続けることに成功しています。ヒトの血友病への遺伝子治療にも応用できることが期待されています。

現在進んでいる先天性凝固因子欠乏に対する遺伝子治療は、患者の多さから血友病が先行していますが、こうした研究は他の凝固因子の欠乏症にも応用可能であり、さらには習慣流産や血栓症の治療にも適応される日も来ると思います。

本学会主導のITP診療の参照ガイドを発表——

安達：時代とともにいろんなことがわかってきたからこそ、今後期待できる分野も増えてますますおもしろくなってくると思います。今後の本学会の立ち位置について伺います。



瀧 正志先生

瀧：新生児小児科のサイドからのお話させていただきます。前田先生がおっしゃったように、本学会の創設からの立ち位置は今後もゆるぎないと思います。止血・血栓に関する産婦人科および新生児を軸に、もちろんその周辺の貧血や感染症、免疫、内分泌、代謝など血液に関係することを中心に、エビデンスを集積させていくことが重要じゃないかなと思っています。最近はエビデンスレベルの研究が重要になっているので、今後この学会でしかできないものをレジストレーションし、特に遺伝性の新しい疾患の発見ができれば良いかと思っています。

特にアントロンビン、プロテインC、Sに関しては、遺伝子の検索がある程度できる施設も増えていますので、そのあたりのレジストリーから始めて、新規の遺伝性の疾患を発見していければと思います。白幡先生や高橋幸博先生が中心となって作成された新しい新生児のDICの診断基準および治療（案）に関して、本学会だけではなくて、新生児未熟児領域に関係している先生たちに検証していただいたあと、修正したものを新生児DIC診断ガイドライン・治療指針として本学会から発信して行って欲しいと思います。

本学会では以前、ベーシックな研究が数多く発表されていて、大変興味深く勉強させていただきました。最近、ベーシックな研究の報告が少なくなっているのが気になっています。今後基礎的な分野に熱心な人材やグループが入ってくるような仕掛けが必要かなと思っています。

白幡：本学会の役割として、強調したいのが産科医と新生児科医が協力してかかわる必要がある疾患の管理指針の作成です。産婦人科医と小児科医で構成されているという本学会の特性からいくと、例えば、血友病保因者やITP合併妊婦の出産に際して、母体と新生児のマネージメントのやり方を産科医と小児科医

と一緒に検証し、管理指針を提唱していくことが大事ではないかと考えます。

瀧：血友病の保因者は、現状での分娩法はどうしたらいいのか、あるいは産科の先生にしてほしい問診の内容などを盛り込んだガイドラインを現在作成中です。

安達：本学会が主導した血栓塞栓症の調査と研究、臨床現場への啓発についてはいかがですか。

小林：静脈血栓塞栓症の全国調査および予防ガイドラインの作成に関してはさっきお話した通りです。産科DICスコアの普及、DICに対するアンチトロンビン製剤や遺伝子組換えトロンボモジュリン製剤の治験、危機的産科出血に対する遺伝子組換え活性型血液凝固第VII因子製剤の調査等々を行って、臨床現場へ啓発しています。

2014年、本学会が積極的にかかわって作成した、「妊娠合併特発性血小板減少性紫斑病（ITP）診療の参照ガイド」が発表されました。この病気に関してはきちんとした指標がなかったので、私が所属している厚生労働省の研究班で妊娠合併ITP診療の参照ガイド作成委員会を作り、『臨床血液』に公表してホームページにもアップしました。作成委員として、産科サイドは私と安達先生、渡辺尚先生、小児科サイドは高橋幸博先生に参加していただきました。血液内科、小児科、産科、麻酔科のそれぞれの学会のパブリックコメントをいただいています。

ITP合併妊娠の診療に関しては、1990年代まで妊娠中の母体の出血回避のために高用量のステロイドが投与されたり、新生児の脳出血を回避するため帝王切開が多用されていましたが、現在はステロイドは少量でも良い、帝王切開による脳出血回避は科学的根拠がないなどの報告があります。このガイドには、現在は推奨されない対処方法などが明確に示されていますので、非常に参考になると思います。

他学会とのコラボや新企画を推進すべし——

安達：本学会の発展へ向けての他学会とのコラボにつ

いてはいかがでしょうか。

瀧：基本的な方針、あるいは学会の立ち位置は今後とも変わらないと思います。この領域の専門家にとって魅力がある、アカデミックな学会というのが一番だと思います。今、身の丈に合った大きさになっていますが、今後、若い人がどれくらい入ってくるか、専門医を持たない学会は、どのように若い人をリクルートするかが大きな問題かなと思います。

この学会の領域を母体としてコラボする学会は、内科系では、日本輸血・細胞治療学会や日本血液学会、小児科系では、日本未熟児新生児学会や日本周産期・新生児医学会、日本小児科血液・がん学会、日本小児感染症学会なども押さえておきたいところです。コラボするというのは、他の学会の方が本学会の理事にもなるなど、今後、理事を選ぶ時にそういうことも大事なのかなと感じます。

安達：今度の25回の学術集会は、他学会とコラボをすることを、ミッションとして与えられています。産婦人科領域で考えると、大出血の問題と血栓塞栓症、これらに関係する診療科は、麻酔科、輸液や輸血から血液内科・輸血科、診断に関しては妊娠中の被曝の問題などからも放射線科、あるいは肺塞栓症になった時のオプションとして経皮的心肺補助装置や血栓除去術を考えれば心臓血管外科とか、そういうところの学会とジョイントするシンポジウムを考えています。先生が今おっしゃったように、本学会の中核部に他分野の先生が入ることが将来的に出てくるのかなと思いました。今回は最初の第一歩です。今回の学会の大事なテーマにもなっている、若手研究者の育成についてはいかがですか。

板倉：現在、産婦人科で血液学を主たる研究分野としている大学の講座は、全国を見回しても極めて少ないです。新生児領域でも同様と考えます。産婦人科と小児科学新生児部門の研究が、産婦人科医や新生児科医の不足、研修制度の変更によって大学で研究する若い医者の減少も影響していることもあり、産婦人科・

新生児血液学でもより臨床的な研究に力を注いでいるのではないかと思います。先ほど瀧先生が、ベーシックリサーチについて発表が少なくなったと報告されていましたが、私もそう感じています。そのため、今までの自らの研究について発表して、同じ分野の研究を行っている他の施設の研究者と議論して、切磋琢磨するような一般演題への参加者は少ないと感じます。

しかし、若手医師に知識欲や向上心が消失したわけではないと思います。特別講演やシンポジウム等の聴衆には、若手医師が多い。私が一般演題で発表していたころは、自分の発表が終わったら、学会場の外で見聞を広めていましたが、講演を聴く姿勢はむしろ現在の方が強まったような気がしています。事実いくつかの学会で、ランチョンセミナーはチケット制となっています。立ち見が出るほど盛況です。学会は自分の発表をしにいくというより、新しいことを聴きに行くところへ変わったと感じています。ミートザエキスパートというような専門家の講演を聴く企画が増えています。

研修している施設では、知識欲を満たすことができないのでしょうか。「大学でイニシエーションを受け、学会で磨く」から「学会でイニシエーションを受けて、自施設で発展させる」という構図に変わりつつあるのかもしれませんが。そのため、ミートザエキスパートといった専門家の講演を聴く機会を増やし、さらに聴衆として単純に聴くだけでなく、若手医師がエキスパートに直接質問したり、議論したりできるセッションを作るなど、従来型の発表や通常のシンポジウム、ワークショップというよりは、知識を求めてくる人たちにこの分野に興味を持ってもらえるようなやり方が必要なのではないかと考えます。今の専門医制度では、それに関連する学会がすごく盛況になっています。産婦人科で言うと、日本産科婦人科学会と日本周産期・新生児医学会、あるいは日本婦人科腫瘍学会など、二階建ての専門医制度に関与している学会には多くの医師が集まります。血液学に関与するセッションもたくさんありますから、若い医師にとっては、そこにいけば知識欲

を満たすことができってしまう。これらの専門医制度に関連する学会に出席すればいいということになってしまう。寺尾先生の言葉にある、アカデミックに特化して、そこで身の丈に合った学会として進んでいくという、こういう学会が若い人たちに受け入れにくくなった現状があるような気がしています。アカデミックな議論をするという部分を残しつつ、若い人たちに興味を持ってもらうためには、今までにない企画を考えていく必要があるのではないのでしょうか。彼らは知識欲が決してないわけではないので、直接対話をしてあげようようなセッションを作るなど、いろいろと試行錯誤をしながら、発展させていくことが必要なのかもしれません。

専門医制度が2015年からは学会主体ではなくなりますから、専門医制度を持っている学会とそうでない学会との関係は変わっていく可能性があります。この機会に若手医師が参加してくれるような企画を作っていくことが、学会の発展につながるのではないかと考えています。そのためには若い役員が学術集会の企画に参加するののひとつの手段とも思います。ただ、そのためには、学会を運営していくコアメンバーの増員が必要だと考えます。

安達：今の若い人たちの、大学と学会との関係は先生がおっしゃる通りだろうし、若い人たちも一生懸命やろうとしているのは確かだと思います。この学会の演題発表は、他の学会よりも発表とディスカッションに時間をかけており、とてもいねいに温かくコメントをいただいたり、ほめていただいたり、エンカレッジしていただいたりしています。演者は、発表した時にそれを感じています。エキスパートの先生たちがいろんなことをアドバイスしてくれる。そのスタンスはとても大切だと思います。

今回もジョイントシンポジウムですごくドキッとするような症例の紹介や、いろんなエキスパートの方からお話をいただいたり、若手を巻き込んでディスカッションしてもらいたいと思います。しかし、学術集会長と

して、どれだけの人が参加してくれるかが気がかりです。小林先生、新しい血液関連分野に関してはいかがですか。

小林：ベーシックな研究が少ないということですが、大学を離れると臨床現場で基礎的研究はできません。それでも基礎に絡ませながらいろんな臨床研究はやってはいます。昔は例えば、北海道大学の鈴木重統先生、弘前大学の品川先生、秋田大学の真木先生、東京医科大学の相馬先生、杏林大学の鈴木正彦先生、浜松医科大学の寺尾先生、奈良県立医科大学の吉岡先生、福岡大学の白川先生、産業医科大学の白幡先生等々、たくさんの教室で基礎的な研究を競い合っていていました。ところが今は産婦人科の教室でも基礎的な研究をやっているところが見受けられません。今、臨床家は血液を専門とする基礎の教室とコラボしながらやっていくしかないと思います。

私は今、女性ホルモン剤と血栓症の全国調査を行っており、安全処方に関する提言をする予定ですが、今後、女性のヘルスケアが非常に重要になってくると思います。よくアスリートが子どものころから小さくて痩せた体で過度の運動を行い、疲労骨折を起こしたり、無月経となったりしています。ものすごく不健康なのです。東京オリンピックが2020年にありますので、それに向けてアスリートはもちろん、女性のヘルスケアの分野がどんどん発展していくと思いますから、本学会は積極的に関与していかなくてはいけないと思っています。

女性ホルモン製剤と血栓症は、われわれが専門とする領域ですので、ぜひやっていきたいと思いますし、できるだけ若手に幹事として入っていただいて、積極的にやってもらうようにしないと発展していかないと思います。

今、私はノボセブン[®]とフィブリノゲン、後天性アンチトロンビン欠乏症における血栓塞栓性合併症（妊娠高血圧症候群）に対するアンチトロンビン製剤の保険適用を厚生労働省に申請しています。

ただ、大学の基礎の教室と共同研究をするためには、大学にいる多くの若手産婦人科・新生児科の医師たちにも入ってもらわないといけませんので、その辺をいかに発展させていくかなどを考察しなければならないと思っています。

情報発信で学会の楽しさ、重要性を伝える——

安達：今後の活動についていかがですか。

瀧：今後この学会にミートザエキスパートなどのセッションや、教育的なセッションを設けていくかどうかは、結構重要なテーマじゃないかと思います。止血血栓領域の教育セッションや教育セミナーは、他の大きな学会でも少ないのが現状です。

安達：第25回の学術集会では、先端的なものや新しい知見などについて聴けるようなセッションと、ミートザエキスパートでベテランの方々が解説するものと両方を考えております。実際に経験した症例を提示して、診断して治療方針を決め、その方針で治療をしてこうなったという症例について解説しながら、途中で例えばここまでの対応はよかったのか、他学会の方たちからコメントをいただいたり、他のより良い対応があったんじゃないとか、エキスパートの先生方から良い診療や考え方のアドバイスなどをいただくような形で進めたいと思っています。

前田：今、後期研修の若手医師を3人預かっていますが、食いつきのいい人と食いつかない人、二分化しています。表面だけそつなくこなしている人は仕事も早くて終わるのも早い、学会にも行っているけど必要なところしか聴いていない。一方、ちょっと仕事は遅いけど食いつきのいい人は、なんで、なんでと疑問を持って探究心がある。この学会は食いつきのいい若手医師が集まる学会だと思うのですよ。食いつきのいい若手をねらって、食いつきそうな企画を提示していくと思います。

白幡：私が若手のころ、学会に行った目的を思い出してみると、ひとつは他の発表を聴いて次のリサーチの

ヒントを探すためでした。もうひとつは、めずらしい症例の診断のプロセスを聴くおもしろさ。そしてもうひとつ、臨床に生かせる情報を持って帰るという、この3つが大きかったと思います。例えば、この学会でいうと未熟性が強い新生児とか、合併症を抱えた新生児の血液学的管理をどうするかという話などは持って帰って臨床に活かせるので、重要だなという気がします。ただ、3つのウエイトは、個人差があると思うので偏らないように、あまりアカデミックに偏ってもダメだと思います。

安達：この学会の良さは、日本産科婦人科学会みたいな全体の中で専門医を作って何をしてというのではなくて、血液学がどんなに重要かを認識できること。認識できる人たちが、またさらに食いつくことができる。そういうことでしょうか。

瀧：そういう意味ではガイドラインや治療、あるいは診断の標準化などに非常に貢献していると思います。

安達：この学会ではすごくモチベーションがあがります。実は私、今はたくさんの学術団体でいろいろな役員をさせていただいていますが、この学会の幹事をしたのが初めてなのです。1年たってから評議員にいただきました。その後、他の学会で幹事や評議員、理事が増えてきました。そういう意味でも育てていただいた学会ですし、すごく偉い先生方がいてねいに決してへこまずことなく指導してくれる温かい学会です。皆さんが同じように思ってくださいと思うし、この学会に出ている時に突然ひらめいて、今度はこれをやってみようと思うことも多いです。

板倉：さきほど前田先生から食いつきのいい人とよくない人という話がありました。大学の指導者から命じられて我々の学会で発表する、その中で食いつきのいい先生たちは血液のことに興味を持ってくれます。大学外の病院で研修する人も多い今日でも、食いつきのいい人はたくさんいますが、指導者が本学会に関係ないと参加する機会がありません。そういう先生たちが、この学会に来てみようと思うためには、もう少し

広報活動を広げないと、参加へのきっかけがつかめないのではないのでしょうか。

安達：そうなんですよ。まず来ていただくことが大切です。

板倉：この学会に来てみると、いろんな話ができますよ、この分野のトップの人たちが集まり、話をしてもらえると認識してもらうことが大切です。幹事の森川守先生は、この学会のことを広めるためにウィキペディアに載せたんですね。ウェブ上にこの学会の名前が出て、活動内容がわかるというのも、従来型の方法では届かない人たちにも情報が届くような気がするのです。

安達：そうですね。それは大きいですね。専門医はここから出ませんが、この学会に行くと学問の面白さや大切なテーマに気づくことがとても多い。

前田：いまだに、参加するたびに、ああそうかと思うことがひとつはありますからね。

安達：設立の歴史から、血液学の進歩、本学会が向かっていかなければならない道が見えてきたように思いますが、本学会に貢献なさっている先生方からいろんなお話が伺えたことが、若い人たちのモチベーションや本学会の魅力を知ることにつながればよいと思っています。本日はどうもありがとうございました。

(2014年12月8日 愛育病院にて)

(終)

第25回日本産婦人科・新生児血液学会 ご 案 内

会期：平成27年6月5日（金）・6日（土）

会場：JA 共済ビルカンファレンスホール

〒102-0093

東京都千代田区平河町2-7-9 JA 共済ビル1階

TEL：03-3265-8716

学術集会会長：安達 知子

総合母子保健センター愛育病院

副院長・産婦人科部長

HP：http://www.jsognh.jp/scientific/

第25回日本産婦人科・新生児血液学会学術集会事務局

社会福祉法人恩賜財団母子愛育会 総合母子保健センター 愛育病院

〒105-8321 東京都港区芝浦1-16-10

TEL：03-6453-7300(代表) FAX：03-6453-7301(代表)

E-mail：jsognh2015@aiiku.net

会場へのアクセス

■学会：JA共済ビル カンファレンスホール1階

※2階エントランスフロアより、エスカレーターで、1階カンファレンスホールにお越しください。

第1会場／第2会場

■懇親会：JA共済ビル カンファレンスホール1階 ホールホワイエ（ロビー）

JA共済ビルカンファレンスホール

〒102-0093 東京都千代田区平河町2-7-9 JA共済ビル1階

TEL：03-3265-8716

HP：<http://www.jankb.co.jp/>



〈最寄りの交通機関からのアクセス〉



電車をご利用の方

東京メトロ有楽町線、半蔵門線、南北線 → 「永田町」駅 4番出口 徒歩2分



バス（都バス）をご利用の方

平河町2丁目「都市センター前」下車（新橋駅～市ヶ谷駅～小滝橋車庫前）

● 遠方からお越しの方 ●



羽田空港をご利用の場合（所要時間約40分）

1. 東京モノレール「羽田空港」駅から「浜松町」駅へ
2. 「浜松町」駅でJR山手線へ乗り換え「有楽町」駅へ
3. 「有楽町」駅で東京メトロ有楽町線へ乗り換え
4. 東京メトロ有楽町線「永田町」駅下車



東京駅をご利用の方（所要時間約10分）

1. JR山手線「東京」駅から「有楽町」駅へ
2. 「有楽町」駅で東京メトロ有楽町線へ乗り換え
3. 東京メトロ有楽町線「永田町」駅下車



お車をご利用の方

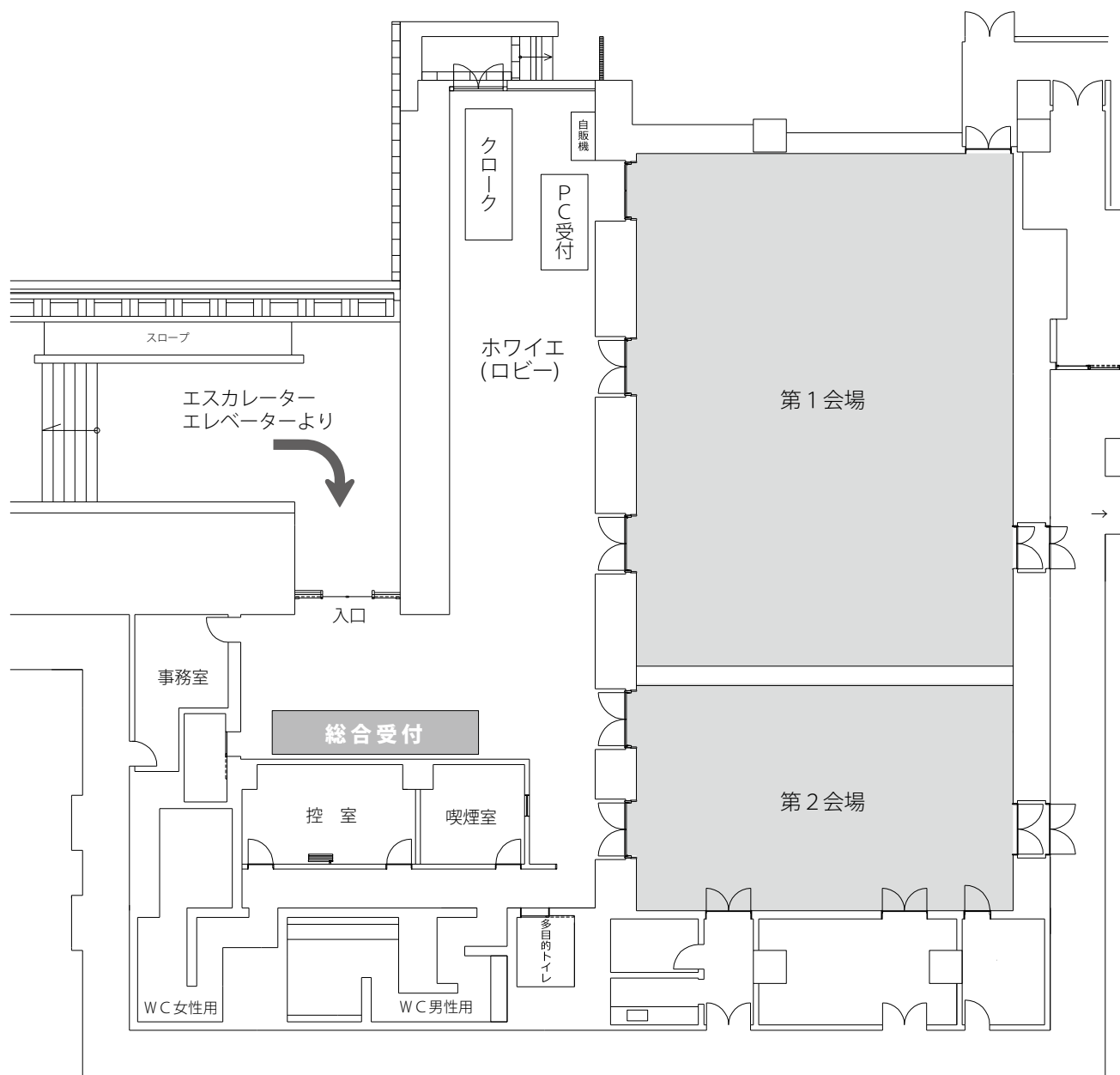
首都高速 霞ヶ関 出口より約5分

● 駐車場・駐輪場について ●

施設内に有料駐車場（地下1階）はありますが、台数・営業時間等に制限がございますので、できるだけ公共機関をご利用下さい。

なお、駐輪場はございません。

会場のご案内



参加者の皆様へ

【参加受付】

受付日時：6月5日（金） 8：30～18：20

6月6日（土） 8：30～14：50

受付場所：JA共済ビル カンファレンスホール1階 受付カウンター

【参加証】

参加費：	会員・非会員	10,000円
	初期研修医 学部学生 コ・メディカル	無 料

所属・氏名をご記入の上、会場では必ずご着用下さい。（学部学生の方は、当日学生証をご提示下さい。）

【抄録集】

学会員の方は、本号「学会抄録集」を忘れずにご持参下さい。（会員の方で未着の場合は、当日学会デスクにお申し出下さい。）

非学会員の方および学会員の方で抄録を複数冊必要な場合は、当日受付にて1冊2,500円で販売致します。

【学会単位】

本学会出席は、日本産科婦人科学会専門医（10単位）および日本小児科学会専門医資格更新のための基本単位（3単位）の対象になります。産婦人科の先生には専門医シール（10単位）が交付されますので、受付でお受け取り下さい。（e医学会カードは使えません）

小児科の先生の3単位は名札に印刷されておりますので、ご利用下さい。

【懇親会】※無料

日時：6月5日（金） 18：20～20：00

会場：JA共済ビル カンファレンスホール 1階 ホールホワイエ（ロビー）

多数の皆様のご参加を心よりお待ちしております。

【学会入会費】

年会費8,000円の納入、新規入会手続きについても当日学会デスクにて受け付けます。

【会場内での呼び出し】

各会場内でのアナウンス及びサイドスクリーンによる呼び出しは行いません。

【ご注意】

- ① 会場内での携帯電話はマナーモードに設定していただくか、電源をお切り下さい。
- ② 講演・発表中の会場内での写真・ビデオ撮影は固くお断り致します。
- ③ 口演発表における質疑・討議は必ず座長の指示に従い、所属・氏名を告げてから、手短かに発言して下さい。

発表要項

【座長の皆様へ】

ご担当のセッション開始15分前までにPC受付にて受付をお済ませのうえ、会場内の次座長席へお越し下さい。進行および時間管理は座長に一任致します。スケジュールが非常にタイトであるため、時間厳守の上、円滑な進行にご協力をお願い致します。

【演者の皆様へ】

本学会での発表はすべてPC発表となっております。

PC受付をお済ませのうえ、ご発表15分前には各会場内前方の「次演者席」に着席し待機してください。

★事前スライド送付受付は行いません。全て当日受付となります。

特別講演・教育講演・シンポジウム・ワークショップ・一般演題などそれぞれ講演時間と討論時間が異なります。事前にメールにてご連絡させていただいておりますが、各セッションをご参照いただき、ご不明の場合には事務局までお問い合わせください。

一般演題は、1演題につき発表6分間、質疑応答3分間です。

※スライドの枚数に制限はございませんが、スケジュールが非常にタイトであるため、時間厳守でお願いいたします。

パワーポイントの「発表者ツール」機能は使用できません。PC受付のパソコンは台数が限られております。学会場ではレイアウト修正のみとし、データ修正等は事前に済ませてから会場へお越しください。

【注意事項】

- 1) 学術集会当日は、発表の60分前までに、PC発表用の媒体をPC受付へご持参下さい。
- 2) スライドの注意事項
 - ①発表データは、CD-R、USBメモリをご持参下さい。Macintoshによる発表の場合は、ご自身のPCをお持ちいただき、PC受付をして下さい。必ず変換アダプターをご持参下さい。講演時は、オペレーター卓に置いたMacintoshをご自身で、演台上のボタンかマウスで操作して頂きます。
 - ②当日、ご用意するパソコンのOSはWindows 7、プレゼンテーションソフトはPower Point 2010です。
 - ③スライド作成ソフトはWindows Power Point 2007以上のものをご使用下さい。
 - ④フォントはOS標準のもののみご使用下さい。
 - ⑤ファイル名は「セッション名 演者名.ppt」として下さい。
 - ⑥画面の解像度は、XGA（1024×768）をお願い致します。
 - ⑦CD-R（RW 不可）への書き込みは、ISO9660方式をお使い下さい。

※バケット方式は会場PCで読み込めない恐れがあります。

3) ご自身のPCをお持ち込みの場合

①プロジェクターとの接続ケーブルの端子はミニ Dub-15ピンです。

②PCによっては専用のコネクタが必要となりますので、必ずご持参下さい。

※特にVAIO、MacBook Air等小型PCは、別途附属コネクタが必要な場合がありますので、くれぐれもご注意ください。

③バックアップ用として必ずメディア（USB、CD-Rなど）もご持参下さい。

④コンセント用電源アダプターを必ずご持参下さい。

4) 次演者の方は、会場内の次演者席での待機をお願い致します。

5) 講演時は、ご自身で、講演台上のボタン（すすむ、もどる）かマウスを操作して頂きます。

6) 発表終了1分前に黄色のシグナルが点灯し、既定発表終了時間に赤色のシグナルが点灯します。

【お問い合わせ先】

第25回日本産婦人科・新生児血液学会学術集会事務局

学術集会会長 安達 知子

事務担当 産婦人科 竹田 善治、中林 靖

〒105-8321 東京都港区芝浦1-16-10

総合母子保健センター 愛育病院

TEL：03-6453-7300（代表） FAX：03-6453-7301（代表）

E-mail：jsognh2015@aiiku.net

第25回日本産婦人科・新生児血液学会 タイムスケジュール

第1日目 2015年6月5日(金)			第2日目 2015年6月6日(土)			
JA 共済ビル カンファレンスホール1 階			JA 共済ビル カンファレンスホール1 階			
	第1会場	第2会場		第1会場	第2会場	
8:30	受付開始		8:30	受付開始		
9:00	開会の挨拶		8:55~9:31 (36分)	一般演題⑨ 演題番号33-36 座長 関 博之	一般演題⑩ 演題番号37-40 座長 金井 誠	
9:05~9:41 (36分)	一般演題① 演題番号1-4 座長 竹田 省	一般演題② 演題番号5-8 座長 鯨島 浩		9:31~10:07 (36分)	一般演題⑪ 演題番号41-44 座長 小川 正樹	一般演題⑫ 演題番号45-48 座長 杉浦 真弓
9:41~10:17 (36分)	一般演題③ 演題番号9-12 座長 前田 眞	一般演題④ 演題番号13-16 座長 長 和俊	10:10~11:50 (100分)		ジョイントシンポジウム2 「帝王切開中の肺血栓塞栓症」 日本麻酔科学会 日本医学放射線学会 日本心臓血管外科学会 座長 金山 尚裕 安達 知子 症例提示：西嶋 優子 演者 ①照井 克生 ②中島 康雄 ③福田 幾夫	
10:20~12:00 (100分)	ジョイントシンポジウム1 「産婦人科大量出血・DIC」 日本輸血・細胞治療学会 日本産婦人科・新生児血液学会 日本麻酔科学会 座長 水上 尚典 池田 智明 症例提示：中林 靖 演者 ①大戸 斉 ②板倉 敦夫 ③照井 克生					
12:10~13:10 (60分)	ランチョンセミナー1 「妊娠合併ITP診療の参照ガイド 〜20年ぶりの改訂〜」 共催 CSL ベーリング(株) 座長 渡辺 尚 演者 宮川 義隆			11:55~12:55 (60分)	ランチョンセミナー2 「超音波診断 up to date - 胎児から新生児まで -」 共催 GEヘルスケア・ジャパ ン(株) 座長 岡井 崇 演者 ①馬場 一憲 ②市橋 光	
13:15~13:55 (40分)		評議員会(30分) 総会(10分)			13:00~13:45 (45分)	新生児ワークショップ 「最近明らかにされた遺伝性 血栓症」 共催 (株)シノテスト 座長 瀧 正志 高橋 幸博 演者 ①野上 恵嗣 ②小嶋 哲人 ③濱崎 直孝
13:55~14:25 (30分)	特別講演1 「固相と液相からみた産婦人 科における凝固と線溶」 共催 旭化成ファーマ(株) 座長 安達 知子 演者 中林 正雄		13:45~14:30 (45分)	一般演題⑬ 演題番号49-53 座長 小林 浩		
14:25~14:55 (30分)	特別講演2 「女性ホルモン剤と血栓症」 共催 ノーベルファーマ(株) 座長 池ノ上 克 演者 小林 隆夫			14:35~14:50 (15分)	学術奨励賞発表・授与式	
14:55~15:35 (40分)	教育講演 「新生児と輸血・治療の変遷 と課題」 共催 ジャパンワクチン(株) 第一三共(株) 座長 原 寿郎 演者 加部 一彦		14:50~14:55 (5分)	閉会の挨拶		
			15:00~16:00 (60分)	幹事会・編集委員会		
(表中敬称略)						
15:40~16:16 (36分)	一般演題⑤ 演題番号17-20 座長 齋藤 滋	一般演題⑥ 演題番号21-24 座長 森川 守				
16:16~16:52 (36分)	一般演題⑦ 演題番号25-28 座長 川緒 市郎	一般演題⑧ 演題番号29-32 座長 細野 茂春				
16:55~18:15 (80分)	ビタミンKフォーラム 共催 エーザイ(株) 座長 白幡 聡 西口 富三 演者 ①宮澤 啓介 ②金沢 一平	ビデオフォーラム ・ジョンソン・エンド・ ジョンソン(株)・久光製 薬(株)・科研製薬(株)・バ イエル薬品(株)・積水メ ディカル(株)				
18:20~20:00	懇親会 JA 共済ビル カンファレンスホール1 階ホワイエ(ロビー)					

■特別講演

特別講演1 第1日目 2015年6月5日(金) 13:55~14:25 (30分)

「固相と液相からみた産婦人科における凝固と線溶」 S 1-2

座長: 総合母子保健センター愛育病院 副院長・産婦人科部長 安達 知子

演者: 母子愛育会総合母子保健センター 所長 中林 正雄

共催: 旭化成ファーマ株式会社

特別講演2 第1日目 2015年6月5日(金) 14:25~14:55 (30分)

「女性ホルモン剤と血栓症」 S 3-4

座長: 宮崎大学 名誉教授 池ノ上 克

演者: 浜松医療センター 院長 小林 隆夫

共催: ノーベルファーマ株式会社

■教育講演 第1日目 2015年6月5日(金) 14:55~15:35 (40分)

「新生児と輸血ー治療の変遷と課題」 S 5-6

座長: 福岡市立こども病院 院長 原 寿郎

演者: 総合母子保健センター愛育病院 新生児科 部長 加部 一彦

共催: ジャパンワクチン株式会社・第一三共株式会社

■シンポジウム

ジョイントシンポジウム1

第1日目 2015年6月5日(金) 10:20~12:00 (100分)

テーマ: 「産婦人科大量出血・DIC ー正常分娩後の不全子宮破裂の大出血ー」

座長: 北海道大学大学院医学研究科 産科・生殖医学分野 教授 水上 尚典

三重大学大学院医学系研究科産科婦人科学 教授 池田 智明

<症例提示>

「正常分娩後の大出血症例ー不全子宮破裂の診断と管理はいかにすべきか?」

S 7-8

演者: 総合母子保健センター愛育病院 産婦人科 中林 靖

【日本輸血・細胞治療学会】

「産科大量出血の輸血療法」

S9-10

演者： 福島県立医科大学 輸血・移植免疫学 教授 大戸 齊

【日本産婦人科・新生児血液学会】

「子宮破裂の早期診断と産科的管理は？」

S11-12

演者： 順天堂大学 産婦人科 教授 板倉 敦夫

【日本麻酔科学会】（指定発言）

「産科DICでの子宮摘出－麻酔科医の立場から」

S13-14

演者： 埼玉医科大学総合医療センター 産科麻酔科 診療部長・教授 照井 克生

ジョイントシンポジウム2

第2日目 2015年6月6日（土）10：10～11：50（100分）

テーマ： 「帝王切開術中の肺血栓塞栓症の診断と管理」

座長： 浜松医科大学 産婦人科 教授 金山 尚裕

総合母子保健センター愛育病院 副院長・産婦人科部長 安達 知子

<症例提示>

「帝王切開中に肺血栓塞栓症を発症した全前置胎盤の1例

－血栓症治療と出血傾向：最良の管理とは？」

S15-16

演者： 総合母子保健センター愛育病院 産婦人科 西嶌 優子

【日本麻酔科学会】

「術中発症肺血栓症の術中・術後の全身管理－麻酔科医の立場から」 S17-18

演者： 埼玉医科大学総合医療センター 産科麻酔科 診療部長・教授 照井 克生

【日本医学放射線学会】

「急性肺血栓塞栓症、術後管理における画像診断の意義とIVRの可能性」

S19-20

演者： 聖マリアンナ医科大学 放射線科 教授／診療部長 中島 康雄

【日本心臓血管外科学会】

「妊娠中の急性肺血栓塞栓症の治療経験；心臓血管外科からのアプローチ」

S21-22

演者： 弘前大学大学院医学研究科 胸部心臓血管外科 教授 福田 幾夫

■新生児ワークショップ

第2日目 2015年6月6日(土) 13:00~14:30 (90分)

テーマ: 「最近明らかにされた遺伝性血栓症」

座長: 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 小児科

教授 瀧 正志

奈良県立医科大学附属病院総合周産期母子医療センター新生児集中治療部門

教授 高橋 幸博

共催: 株式会社シノテスト

「先天性FV異常症"FVNara"とAPCレジスタンス」

S23-24

演者: 奈良県立医科大学 小児科 准教授 野上 恵嗣

「新たな遺伝性血栓性素因: アンチトロンビン・レジスタンス」

S25-26

演者: 名古屋大学大学院医学系研究科 病態解析学講座 教授 小嶋 哲人

「プロテインS異常症診断のためのプロテインS比活性測定法」

S27-28

演者: 長崎国際大学薬学部 客員教授 濱崎 直孝

■ランチョンセミナー

ランチョンセミナー1 第1日目 2015年6月5日(金) 12:10~13:10 (60分)

「妊娠合併ITP診療の参照ガイド~20年ぶりの改訂~」

座長: 自治医科大学 産科婦人科

准教授 渡辺 尚

演者: 埼玉医科大学医学部 総合診療内科

教授 宮川 義隆

共催: CSL ベーリング株式会社

ランチョンセミナー2 第2日目 2015年6月6日(土) 11:55~12:55 (60分)

テーマ: 「超音波診断up to dateー胎児から新生児までー」

座長: 社会福祉法人恩賜財団母子愛育会総合母子保健センター愛育病院 院長

岡井 崇

共催: GEヘルスケア・ジャパン株式会社

「超音波胎児形態異常スクリーニングー重篤な異常を見逃さないためにー」

演者: 埼玉医科大学総合医療センター 総合周産期母子医療センター 母体・胎児部門

教授 馬場 一憲

「新生児エコースクリーニングと診断ーピットフォールとその対策ー」

演者： 自治医科大学附属さいたま医療センター 小児科 教授 市橋 光

■ビタミンKフォーラム

第1日目 2015年6月5日（金）16：55～18：15（80分）

座長： 産業医科大学 名誉教授 白幡 聡

静岡県立こども病院 周産期センター長 西口 富三

共催： エーザイ株式会社

「ビタミンK2の抗腫瘍効果とその臨床応用への可能性」

演者： 東京医科大学 生化学分野 主任教授 宮澤 啓介

「糖代謝調節におけるビタミンKの役割」

演者： 島根大学医学部 内科学講座内科学第一 助教 金沢 一平

■ビデオフォーラム

第1日目 2015年6月5日（金）16：55～18：15（80分）

- ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社
- 久光製薬株式会社
- 科研製薬株式会社
- バイエル薬品株式会社
- 積水メディカル株式会社

上記の企業作成映像を放映します。

※無料ドリンク＆軽食をお楽しみください。

学術集会賛助リスト

本学術集会開催にあたり、下記各位よりご支援・ご協力をいただきました。
ここに記して、厚く御礼申し上げます。

<共 催>

エーザイ株式会社	ノーベルファーマ 株式会社
CSL ベーリング 株式会社	ジョンソン・エンド・ジョンソン 株式会社
GEヘルスケア・ジャパン 株式会社	久光製薬 株式会社
株式会社 シノテスト	科研製薬 株式会社
ジャパンワクチン 株式会社	バイエル薬品 株式会社
第一三共 株式会社	積水メディカル 株式会社
旭化成ファーマ 株式会社	

<協 賛>

【プラチナサポーター】

一般社団法人 日本血液製剤機構

【ゴールドサポーター】

有限会社 胎児生命科学センター 株式会社 LSI メディエンス あすか製薬 株式会社

【シルバーサポーター】

株式会社 福山臨床検査センター ラジオメーター 株式会社
株式会社 東機貿 セーレン 株式会社（医療システム販売部）
株式会社 ベビーリース

【ブロンズサポーター】

アトムメディカル 株式会社

<協 力>

株式会社 明治 CSL ベーリング 株式会社
アイクレオ 株式会社 大正富山医薬品 株式会社

東京女子医科大学同門会「至誠会」ならびに、至誠会第二病院からのご寄付に深謝致します。

(平成27年4月30日現在)

第25回日本産婦人科・新生児血液学会
学術集会会長 安達 知子
(総合母子保健センター 愛育病院 副院長・産婦人科部長)

■一般演題 平成27年6月5日(金) 9:05~16:52 JA共済ビル
カンファレンスホール1階 第1会場 : 演題番号 1-32
第2会場

演題 番号	査読	所 属	氏 名	演 題 名	ページ
2015年6月5日 (金) 9:05~9:41 第1会場					
一般演題①:産科出血ーバルーン処置					
座長: 竹田 省 順天堂大学医学部・大学院医学研究科 産婦人科学					
1		奈良県立医科大学 産婦人科	重光 愛子	前置癒着胎盤における予防的な大動脈閉塞バルーン(IAB)留置効果の検討	S29-30
2		愛知医科大学 産婦人科	原田 龍介	前置癒着胎盤を疑った症例に総腸骨動脈balloon occlusion (common iliac artery balloon occlusion: CIABO) を行った2症例	S31-32
3		浜松医療センター 産婦人科	岩永 優子	Bakriバルーンが著効した産後過多出血の5例	S33-34
4		聖路加国際病院 女性総合診療部	斉藤 理恵	分娩後の出血に対して子宮内バルーンタンポナーデ(Bakri balloon®) が有効であった症例の検討	S35-36

2015年6月5日 (金) 9:05~9:41 第2会場					
一般演題②: サイトメガロウイルス感染、胎内診断・処置					
座長: 鯨島 浩 宮崎大学医学部 生殖発達医学講座 産科婦人科学分野					
5		三重大学医学部 産婦人科	鳥谷部邦明	三重県での妊婦サイトメガロウイルスIgG、IgMスクリーニングについて	S37-38
6		九州大学医学部 婦人科学産科学教室	清木場 亮	一過性の汎血球減少を呈したサイトメガロウイルス感染胎児の1例	S39-40
7		東京女子医科大学 産婦人科学講座	菅野 俊幸	血液型不適合と鑑別が困難であった胎内急性発症一過性骨髄増殖症を呈した21トリソミー児の一例	S41-42
8		九州大学医学部 婦人科学産科学教室	嘉村 駿佑	双胎貧血多血症候群に対して胎児鏡下胎盤吻合血管レーザー凝固術を施行した1例	S43-44

2015年6月5日 (金) 9:41~10:17 第1会場					
一般演題③: 大出血ー塞栓術					
座長: 前田 眞 三重中央医療センター・総合周産期母子医療センター					
9		東京大学 産婦人科	藤井 達也	ハイブリッドアンギオ室で術中に子宮動脈塞栓術を施行して止血し得た全前置胎盤の一例	S45-46
10	○	大阪市立大学 産婦人科	沖 絵梨	子宮動脈塞栓術にて子宮温存可能であった癒着胎盤の一例	2-3
11		順天堂大学医学部 産婦人科	佐野 靖子	産後出血に子宮動脈塞栓術を施行した後、子宮筋層壊死をおこした1例	S47-48
12		順天堂大学医学部 産婦人科	寺尾 泰久	子宮摘出時に止血困難となった後腹膜血腫に対し、damage control surgeryを施行した1例	S49-50

2015年6月5日 (金) 9:41~10:17 第2会場					
一般演題④: 新生児疾患					
座長: 長 和俊 北海道大学病院 周産母子センター					
13		山口県厚生連 周東総合病院 小児科	元山 将	早期のステロイドパルスと抗ウイルス療法が奏功した全身型単純ヘルペスウイルス感染症の新生児例	S51-52
14		国立循環器病研究センター 周産期・婦人科	三好 剛一	先天性心疾患児における胎児心不全と血液データ異常	S53-54
15		奈良県立医科大学 新生児集中治療部	中川 隆志	新生児・乳児の抗凝固能	S55-56
16		聖マリアンナ医科大学 小児科	伊東 祐順	当院 NICU における新鮮凍結血漿投与症例の検討	S57-58

演題 番号	査読	所 属	氏 名	演 題 名	ページ
2015年6月5日（金） 15：40～16：16 第1会場					
一般演題⑤：血小板減少					
座長： 齋藤 滋 富山大学大学院 医学薬学研究部 医学系 産科婦人科教室					
17		九州大学病院 総合周産期母子医療センター 母性胎児部門	日高 庸博	特発性血小板減少性紫斑病合併妊娠における新生児血小板減少症の発症予測	S59-60
18		新潟大学医歯学総合病院 産科婦人科	安達 聡介	反復帝王切開を施行した先天性血栓性血小板減少性紫斑病の一例	S61-62
19		富山大学 産科婦人科	小野 洋輔	当院における血小板減少性紫斑病妊婦に対するピロリ菌除去効果	S63-64
20	○	東京都立墨東病院 産婦人科	佐藤 亜美	HELLP症候群に合併したもやもや病に由来する脳出血の1例	4-5

2015年6月5日（金） 15：40～16：16 第2会場					
一般演題⑥：母体血液疾患					
座長： 森川 守 北海道大学大学院医学研究科 産科・生殖医学分野、北海道大学病院 産科・周産母子センター					
21		信州大学 産科婦人科学	小野 元紀	心タンポナーゼを呈した縦隔原発大細胞型B細胞リンパ腫合併妊娠の一例	S65-66
22	○	大和高田市立病院 産婦人科	西岡 和弘	妊娠20週に急性胆嚢炎にて腹腔鏡下手術後に遺伝性球形赤血球症(HS)が判明した一例	6-7
23	○	杏林大学医学部 産科婦人科	中島 千絵	CML 合併妊娠にイマチニブを使用した一例	8-9
24	○	大阪暁明館病院 産婦人科	佐道 俊幸	血友病保因者の周産期管理についての検討	10-11

2015年6月5日（金） 16：16～16：52 第1会場					
一般演題⑦：血栓性微小血管障害症（TMA）、早剥					
座長： 川鱈 市郎 国立病院機構 長良医療センター 産科					
25	○	東京女子医科大学 産婦人科学講座	鈴木 志帆	産褥期の子宮出血で発症した血栓性微小血管障害症(TMA)の一例	12-13
26		埼玉医科大学総合医療センター 産婦人科	王 良誠	常位胎盤早期剥離の重症度の予測に分娩前fibrinogen値が有効	S67-68
27		埼玉医科大学総合医療センター 産婦人科	本田 倫子	抗DIC治療が奏功し経膈分娩が可能であった常位胎盤早期剥離による子宮内胎児死亡の1例	S69-70
28	○	東京都立墨東病院 産婦人科	東上 加波	常位胎盤早期剥離による子宮内胎児死亡、DICに急性腎不全を併発した一例	14-15

2015年6月5日（金） 16：16～16：52 第2会場					
一般演題⑧：新生児・乳児疾患					
座長： 細野 茂春 日本大学医学部 小児科学系 小児科学分野					
29		福島県立医科大学 小児科学講座	前田 創	血中IL-8値が著明に上昇していた肝線維症を合併した一過性骨髄異常増殖症の1例	S71-72
30		日本大学医学部 小児科学系小児科学分野	伊東 正剛	出生時臍帯血異性間FISH法が悪性黒色腫の母児間転移の評価に有効であった新生児例	S73-74
31		福島県立医科大学総合周産期母子医療センター 新生児部門小児科	小笠原 啓	プロプラノロールが奏功した多発性肝血管腫の1乳児例	S75-76
32		奈良県立医科大学 新生児集中治療部	箕浦 啓宣	Diego ^a およびRh E血液型不適合による新生児溶血性黄疸の一例	S77-78

■一般演題 平成27年6月6日(土) 8:55~14:30 JA共済ビル カンファレンスホール 1階 第1会場 第2会場 : 演題番号33-58

演題 番号	査読	所 属	氏 名	演 題 名	ページ
2015年6月6日 (土) 8:55~9:31 第1会場					
一般演題⑨: 母体の静脈血栓塞栓症(VTE)					
座長: 関 博之 埼玉医科大学総合医療センター 産婦人科					
33		三重大学医学部 産科婦人科	田中 博明	日本における静脈血栓塞栓症(VTE)関連妊産婦死亡の後方視的検討	S79-80
34	○	東京都立墨東病院 産婦人科	兵藤 博信	妊娠・産褥期に発症した血栓症とその後の管理についての考察	16-17
35	○	洛和会 音羽病院 総合女性医学健康センター・産婦人科	野溝 万史	骨盤内静脈血栓症を発症した胎児機能不全でIVCフィルター装着下に帝王切開術を行った症例	18-19
36	○	三重大学医学部 産科婦人科	真川 祥一	明らかな血栓素因を伴わないにも関わらず妊娠初期のDVTを反復した1例	20-21

2015年6月6日 (土) 8:55~9:31 第2会場					
一般演題⑩: 産科出血ーフィブリノゲン					
座長: 金井 誠 信州大学医学部 保健学科 小児・母性看護学					
37	○	済生会 山形済生病院 産婦人科	阪西 通夫	フィブリノゲン製剤の使用で良好な改善を得た産科危機的出血の2症例	22-23
38		埼玉医科大学総合医療センター 総合周産期母子医療センター 産婦人科	松永 茂剛	産科大量出血に対するFibrinogen製剤の有用性に関する検討	S81-82
39		埼玉医科大学 産婦人科	新澤 麗	分娩時大量出血にて心停止に至ったが救命し得た1症例	S83-84
40		JCHO 北海道病院 産婦人科	山田 俊	分娩前血漿フィブリノーゲン濃度と分娩時出血	S85-86

2015年6月6日 (土) 9:31~10:07 第1会場					
一般演題⑪: 母体先天性凝固異常					
座長: 小川 正樹 東京女子医科大学 産科婦人科学講座 母子総合医療センター					
41		京都大学大学院医学研究科 婦人科学産科学教室	川崎 薫	フィブリノゲン補充療法により合併症を回避しえた先天性異常フィブリノゲン血症の1例	S87-88
42		母子愛育会総合母子保健センター 愛育病院 産婦人科	竹内 沢子	当院で管理を行った先天性Ⅱ型アンチトロンビン欠乏症の2例	S89-90
43	○	北海道大学大学院 医学研究科 産科・生殖医学分野/産科・周産母子センター	森川 守	陣痛発来入院時のアンチトロンビン(AT)活性値定期測定で偶然発見されたAT欠損症	24-25
44	○	聖路加国際病院 女性総合診療部	秋山 瑞紀	妊娠中にアンチトロンビン欠乏症による血栓症と診断したが、その後活性値が改善した1例	26-27

演題 番号	査読	所 属	氏 名	演 題 名	ページ
2015年6月6日（土） 9：31～10：07 第2会場					
一般演題 ⑫：流早産関連					
座長： 杉浦 真弓 名古屋市立大学大学院医学研究科 産科婦人科					
45		九州大学大学院 医学研究院 成長発達医学分野	井上 普介	自然免疫受容体Nod1のリガンドは母仔の血管病変を介してIUGRおよびIUFDをおこす	S91-92
46		名古屋市立大学 産科婦人科	大林 勇輝	反復流産病態におけるindoleamine 2,3-dioxygenaseおよびtryptophan 2,3-dioxygenaseの存在と意義	S93-94
47		新潟大学医歯学総合病院 産婦人科	能仲 太郎	子宮内胎児発育制限を合併したPlacental lakeの3症例	S95-96
48	○	聖マリアンナ医科大学 横浜市西部病院 周産期センター 新生児部門	鈴木 真波	慢性早剥羊水過少症候群（CAOS）の母体から出生した超早産児の2例	28-29

2015年6月6日（土） 13：00～13：45 第2会場					
一般演題 ⑬：D-dimer・その他					
座長： 小林 浩 奈良県立医科大学 産婦人科学教室					
49		広島大学大学院医歯薬学総合研究科 産科婦人科学	浦山 彩子	双胎におけるD-dimer値と胎盤重量との関連についての検討	S97-98
50		広島大学大学院医歯薬学総合研究科 産科婦人科学	田中 教文	胎児発育不全の妊娠症例におけるD-dimer値と胎盤重量との関連についての検討	S99-100
51	○	飯田橋レディースクリニック 産婦人科	岡野 浩哉	OC/LEP製剤の違いによる投与初期のDダイマー陰性率に関する検討	30-31
52		東京女子医科大学 産婦人科	金野 潤	婦人科開腹手術の周術期におけるD-dimer値の推移と測定意義について	S101-102
53	○	聖路加国際病院 女性総合診療部	大垣 洋子	周期性好中球減少症合併患者に婦人科手術を施行した一例	32-33

2015年6月6日（土） 13：45～14：30 第2会場					
一般演題 ⑭：産科出血・その他					
座長： 松田 義雄 国際医療福祉大学病院 周産期医療センター 産婦人科					
54	○	大阪市立大学 産婦人科	林 雅美	IgA欠損症・Rh(D)陰性合併妊娠の1例	34-35
55		奈良県立医科大学 産婦人科	小池 奈月	分娩経過における母体血中羊水流入マーカーとしてのSCCの有用性	S103-104
56	○	東京都立墨東病院 産婦人科	池田真理子	当院での産褥出血の検討	36-37
57		埼玉医科大学総合医療センター 産婦人科	江良 澄子	産科大量出血における輸血開始基準と輸血量	S105-106
58		白子クリニック 産婦人科	菅谷 亜弓	産科危機的出血に対する当クリニックにおける取り組み	S107-108