

ヘルペスウイルス感染に関する研究 —妊婦の性器ヘルペスとその児への影響—

東京大学医学部産科婦人科学教室
川 名 尚

1. 研究目的

性器ヘルペス症を合併する妊娠を管理する場合、次の二つの点が問題になる。一つは、ヘルペスウイルス (HSV) の胎内感染による奇型の発症、もう一つは、出生時の産道内感染による新生児全身性ヘルペス症の発症である。現在、ヘルペスウイルスの胎内感染による奇型の発症については、世界的にみても極く少ない文献しかみられない所から催奇型性は、低いと考えているが、この点に関する本邦での研究は殆どなく、その方面の知識も乏しい為に、性器ヘルペス合併妊娠を妊娠中絶の適応と考えている産婦人科医も居る。そこで、性器ヘルペス症を合併する妊娠の児の予後を見極めて、その影響についての見解を出す必要がある。第二の点としての妊娠・分娩の管理方式であるが、新生児全身性ヘルペス症の致命率は高く、治療も確立していないので、感染を防止することに管理の重点をおくべきである。妊娠10ヶ月に入ってから性器ヘルペス発症例は、帝切にて分娩させ、経膈分娩を避けるべきであると一般的に云われている。しかし、可及的に帝切を避けるべきであり、どのような例について、経膈分娩を行なうてよいか等についての指針を出す必要がある。以上の二点を明らかにして、一つの管理方式を確立することを目的とした。

2. 研究方法

患者は、東大病院産婦人科を訪れた者や関東地方の有力病院から依頼された性器ヘルペス症の合併せる妊婦18例である。

診断は、全て、ヘルペスウイルスを分離して、これを同定して確定した。ウイルスの分離は、単層培養 Vero 細胞に行なった。同定は、血清学的に行ない、型の同定は、Yang 法変法により行なった。性器ヘルペス症を合併している妊婦については、定期的に、子宮頸管より症状の有無に拘らずウイルスの分離を行なった。特に、妊娠9ヶ月からは、最低2週毎に検査を行なった。

血清抗体は、二つの方法によった。一つは、中和曲線法で、HSV-1とHSV-2について、それぞれK値を求め、その値が0.25以上を陽性とした。初回にウイルスを分離し得た時の血清について測定し、ウイルスの型と関連させてその感染の型を推定した。もう一つは微量中和定量法で、マイクロプレート (Falun #3040) を用いて、100 TCD₅₀/0.025 mlに調整したHSV-1とHSV-2を中和できる血清希釈を求めた。これは、妊娠中の抗体価の変動を検討するために用いた。

3. 研究結果

(1) 妊婦よりのヘルペスウイルス分離

性器ヘルペス症を合併した18例について、妊娠中のヘルペスウイルスの分離成績を図1に示した。発症時期についてみると、妊娠15週以前が8例、16週から32週まで7例、妊娠33週以後3例である。このうち、子宮頸管からも分離された例が4例あった。又、妊娠経過中に、再発した例が5例あった。

(2) ヘルペスウイルスの型と感染型

分離したヘルペスウイルス18株のうち、7株が1型、11株が2型であった。ウイルスを分離した時の血清抗体価により、初感染が妊娠により誘発された誘発型かを検討した。

分離ウイルスの型	血清抗体		感 染 型	
	抗 HSV-1	抗 HSV-2		
HSV-1	—	—	HSV-1 初感染	2
HSV-1	+	—	HSV-1 誘発型	5
HSV-2	—	—	HSV-2 初感染	5
HSV-2	+	+	HSV-2 誘発型	6

この表に従って感染型を分けると、最後に示す数のように18例が分布した。図2は、これを図にしたものである。

(3) 児の予後について

a) 分娩方式：18例中、15例が経膣、3例が帝切にて分娩した。この3例は、33、35、39週に外陰よりヘルペスウィルスを分離した症例であった。一方、33、36、38週にて、ヘルペスウィルスを分離した3例には、経膣分娩を行なった。幸いに、今回の研究では、新生児ヘルペス症は1例もなかった。

b) 先天異常の発生について

先天奇型の発症は妊娠初期にヘルペス症を発症した例も含めて1例もなかった。

ヘルペスウィルスに原因したと思われる先天奇型には、小頭症を伴うとされているので頭囲を正常の子供の場合と比較した。図3には(頭囲/身長)という係数を出して比べた結果を示した。正常の平均値に比べると、全体に低い。又、標準偏差以下のものが7例あり、そのうちの4例は、初感染例であった。

4. 考 察

現在まで、18例という少ない症例しか経験していないので断定的なことは云えないが、妊娠中に発症する性器ヘルペス症は、病的に二つあると思う。一

つは初感染であり、他は誘発型である。既に、Nahmias等の指摘したように初感染がこのうちでも大切である。そこで、妊娠中のヘルペス症の発症の際には今回のように血清抗体を測定することが大切である。頸管にもウィルスを証明したもののうち、大部分が初感染例であったり、頭囲/身長の比が初感染例に低いものがあつたりして、今後も充分研究して行く必要がある。但し、これらの例のその後の発育には、特に大きな問題は起きていない。

分娩の管理方式にもこの考え方を導入する必要があると思う。即ち、妊娠中は、ウィルスの分離と血清抗体価の測定をくり返して行ない、充分に感染の型を検討するべきである。そして、誘発型であれば、妊娠10ヶ月に入ってから発症があつても、帝切しないでも、無事に児を娩出させることが出来ることを今回の研究は示している。

図1 性器ヘルペス症合併妊娠

ウイルス分離成績 1

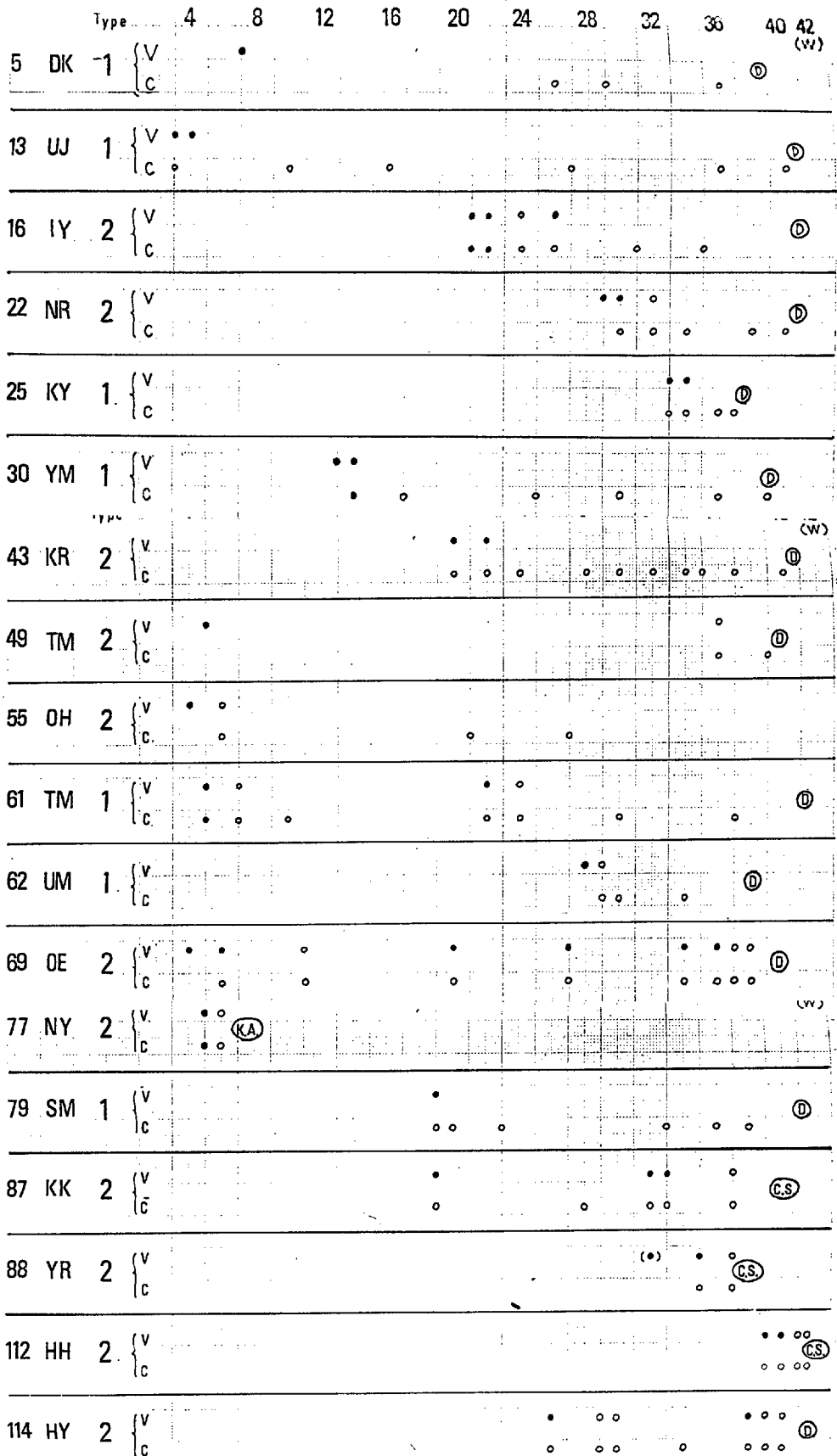
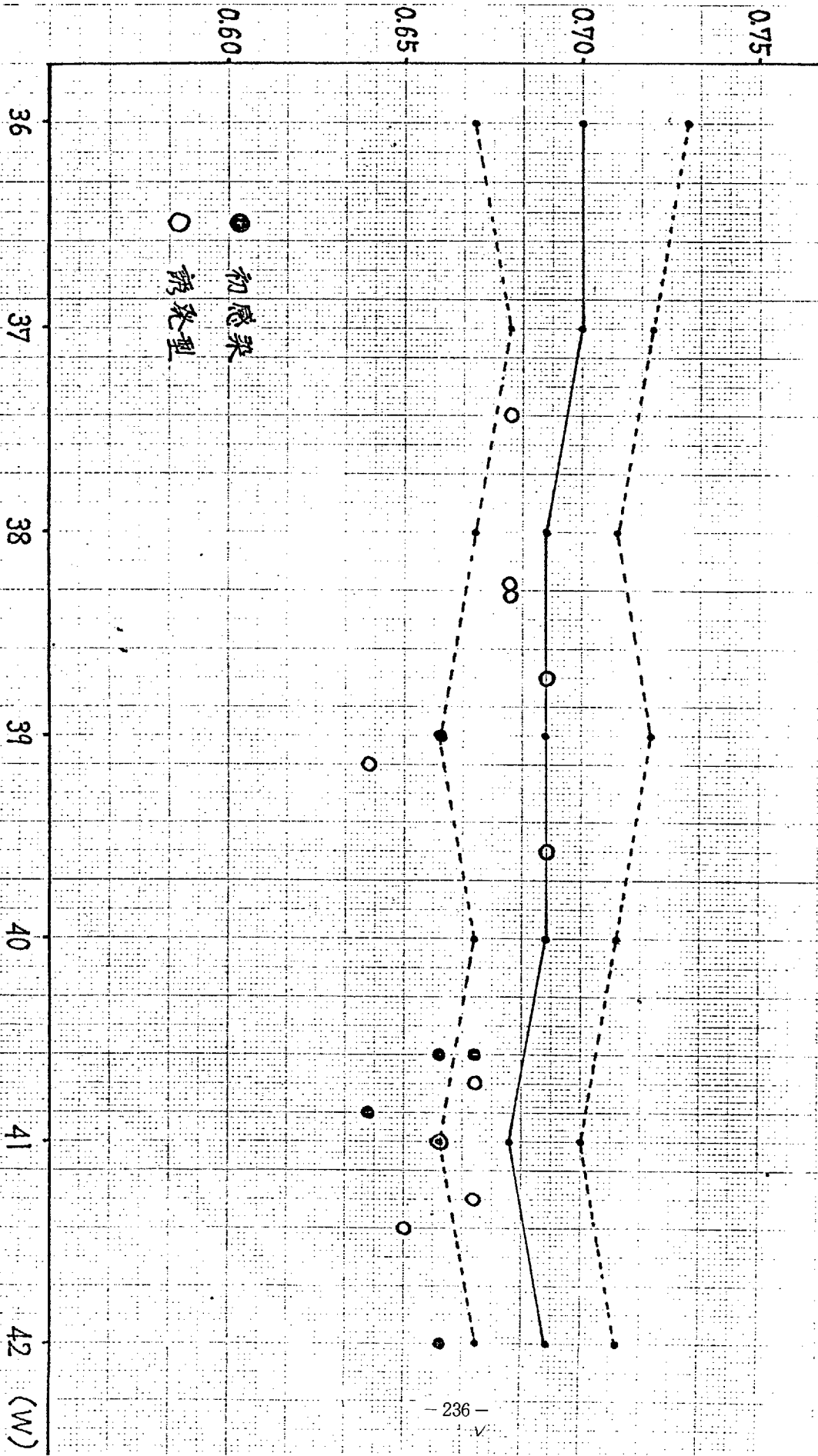
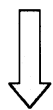


図 3 ヘルペス感染妊娠より生れた児の頭囲/身長





検索用テキスト OCR(光学的文字認識)ソフト使用

論文の一部ですが、認識率の関係で誤字が含まれる場合があります



1.研究目的

性器ヘルペス症を合併する妊娠を管理する場合、次の二つの点が問題になる。一つは、ヘルペスウイルス(HSV)の胎内感染による奇型の発症、もう一つは、出生時の産道内感染による新生児全身性ヘルペス症の発症である。現在、ヘルペスウイルスの胎内感染による奇型の発症については、世界的にみても極く少ない文献しかみられない所から罹奇型性は、低いと考えているが、この点に関する本邦での研究は殆どなく、その方面の知識も乏しい為に、性器ヘルペス合併妊娠を妊娠中絶の適応と考えている産婦人科医も居る。そこで、性器ヘルペス症を合併する妊娠の児の予後を見極めて、その影響についての見解を出す必要がある。第二の点としての妊娠・分娩の管理方式であるが、新生児全身性ヘルペス症の致命率は高く、治療も確立していないので、感染を防止することに管理の重点をおくべきである。妊娠10ヶ月に入ってから性器ヘルペス発症例は、帝切にて分娩させ、経膣分娩を避けるべきであると一般的に云われている。しかし、可及的に帝切を避けるべきであり、どのような例について、経膣分娩を行なってよいか等についての指針を出す必要がある。以上の二点を明らかにして、一つの管理方式を確立することを目的とした。