

当院における妊婦の抗HTLV-I抗体スクリーニングの実状

本 多 洋, 古 屋 智

要約 昭和62年6月から平成2年末までの3年半の期間に当科妊婦外来に訪れた約2000例について抗HTLV-I抗体スクリーニング検査を実施した。スクリーニング検査の問題点、児のフォロー、妊婦の保健指導について考察した。

見出し語 一次スクリーニング 確認試験 インフォームド・コンセント 告知

研究方法 妊娠が確認された時点で全例にP
A法(平成2年6月からは新PA法を利用)、
EIA法(平成元年4月より実施)による抗H
TLV-I抗体のスクリーニング検査を実施し
陽性者に対してIF法、WB法による確認試験
を実施した。キャリアと判定された者には妊娠
35週前後に告知を行い、妊婦自身に人工乳哺
育か母乳哺育かを選択させている。該当者の分
娩時には母体血と新生児血とで抗体価検査を行
なった。児に対しては6ヵ月ごとに採血を行い
抗体価をフォローしている。なお、妊婦の採血
についてのインフォームド・コンセントとして
妊婦に渡す冊子に工夫を加えた。

結果 付表に示すように平成2年末までに
2177名のうちからPA法、EIA法による
一次スクリーニング陽性者は26名であった(

1.2%)。これらの妊婦についてIF法やW
B法による確認試験を行なったが、この判定基
準が経過中に変動したためスクリーニング開始
初期には偽陽性の例も陽性と判定し、実際に妊
婦にキャリアとして告知することとなった。現
在ではPA法、EIA法において偽陽性例があ
ることを考慮して判定保留例や低抗体価例を含
めて確認試験を行い、陽性コントロールとほぼ
一致する例に限って妊婦に告知することとした
。これらのことよりこれまでに実際にキャリア
として判定されるものは7例ということになる
(0.3%)。新生児については6ヵ月ごとの
フォローアップを協力の得られた児について実
施し、すでに数名については2年目の採血が終
了しているが、母体よりの移行抗体が認められ
るのみでIgM抗体検出による子宮内感染を示唆
するデータは得られていない。

考察 スクリーニング検査を実施するにあたっては、全妊婦に検査を行なうことが必要と考えられたが、そのためには全員にA T Lについての説明をおこない、検査の承諾を得なければならない。しかし、現実には臨床の場で個別に説明し承諾をうけることは不可能に近い。

そこで私たちは、当院で分娩を予約した妊婦に渡すパンフレットの中に次のような文章をいれてインフォームド・コンセントに代えている。

「当院では、妊婦の一般検査のほかに、お母さんから赤ちゃんにうつることのあるとされているウイルスの検査を実施しています。（例えばB型肝炎ウイルスや成人T細胞リンパ腫のウイルスなどです。） これらの結果によっては、妊婦健診の通院中に担当医師から特別のご注意を申し上げます場合がありますのでご了承ください。」

これをもって説明と承諾とに十分であるとは考えていない。今後もしも一斉スクリーニングになったときこれら義務が産婦人科医師に課せられることになるわけであるから、告知の方法とともに十分な検討が必要であると考えられる。告知をする場合、妊娠の時期のいつ、どういった内容で、どのように行なうべきかについて多くの問題点をはらんでいる。抗H T L V-1抗体陽性者の2 0 0 0例に1例といった発症率であったとしても告知を受けた本人にとっては問題は重大である。

中絶の希望、マタニティーブルーの発症、本人や生まれてくる子供の将来の発症に対する不安、授乳についての判断を本人に強いる等精神的負

担には計り知れないものがある。授乳のメリットも多い反面、一律に授乳の禁止をすすめるような保健指導も問題となつてこよう。

さらに現在の抗H T L V-1抗体判定基準ではP A法とW B法との結果の解離例、判定保留や偽陽性例が出ることにより最終判定が困難な場合も少なからず存在している。P C R法を含む抗原検索法をさらに普及させ、偽陽性・偽陰性の少ない簡便で正確なスクリーニング体系を作りあげることが必要となる。またH I Vのような統一した判定基準の設定を医療側の便宜を図る上でも早急に期待される。

新生児の追跡の問題であるが、人工乳哺育によりA T L母児間感染が高率に防止されているようではあるが、子宮内感染例の報告もみられ、さらにA T L発症率の低いことや現在のところ有効な治療法がないこと等により両親からの理解が得られにくく児のフォローを困難にしている。母乳哺育、人工乳哺育の多数症例を長期間追跡し、母乳哺育の有効性を確立させた上で、B型肝炎防止策のような公的な費用負担を含む母子感染防止のための事業を発足させてほしいものである。

三井記念病院産婦人科における抗H T L V - 1 抗体スクリーニングの現状

No.	氏名	年齢	経産	分娩日	PA	EIA	IF	WB	臍帯血	検査方法	児の追跡
1.	Y.M.	25	0-P	88.1.11.	64X			IgM(19, 24)	(-)	人工	(-)(-)(-)(-)
2.	K.M.	29	1-P	3.4.	16X		(-)	IgG(19)IgM(19, 24)	(-)	人工	(-)(-)(-)(-)
3.	A.F.	35	0-P	5.13.	1024X		(+)	IgG(19, 24, 28, 53)	(-)	人工	(+)(±)
4.	E.Y.	28	0-P	5.18.	16X		<5	IgM(19, 24)	(-)	人工	(-)
5.	Y.K.	24	1-P	5.18.	64X		(-)	IgM(19, 24)	(-)	人工	(-)(-)(-)(-)
6.	K.S.	30	1-P	9.8.	128X		(-)	IgM(19, 24, 53)	(-)	人工	
7.	Y.M.	30	1-P	10.18.	32X		<5	IgM(15, 53)	(-)	母乳	(-)
8.	N.K.	33	0-P	11.1.	4096X		(320X)	IgG(19, 24, 28, 53)	(+)	人工	(+)(-)(-)(-)
9.	H.S.	25	0-P	12.9.	16X		(-)	IgM(19)	(-)	母乳	
10.	T.S.	25	1-P	89.1.16.	保留		(20X)	IgG(19)	(-)	母乳	
11.	U.T.	29	1-P	4.28.	512X		(160X)	IgG(19, 23, 28, 53)	(+)	母乳	(+)(-)(-)(-)
12.	M.A.	25	1-P	5.11.	保留		<5	IgG(19)IgM(19)		母乳	
13.	K.O.	28	0-P	5.17.	保留	(-)	<5	(-)		母乳	
14.	T.Y.	31	1-P	6.17.	保留		<5	IgG(24)IgM(19, 24)		母乳	
15.	K.N.	37	1-P	10.21.	32X	(-)	<5	IgM(19, 24)		母乳	
16.	S.O.	27	0-P	90.1.8.	32X	(-)	(-)	(-)		母乳	
17.	M.I.	28	0-P	(5.17)	保留	(-)	<5	(-)		→他医へ	
18.	H.K.	24	0-P	5.21.	16X	(-)	<5	(-)		母乳	
19.	K.O.	27	0-P	5.29.	32X	(-)	<5	IgG(19)IgM(19, 24)		母乳	
20.	R.N.	33	0-P	(6.13)	1024x	(+)	(80x)	IgG(19, 24, 28, 53)IgM(19)	→他医へ		
21.	J.C.	29	0-P	(6.23)	32X	(-)	<5	IgM(19)		→人工流産	
22.	A.T.	33	2-P	7.17.	32X	(-)	<5	IgM(19)		母乳	
23.	Y.Y.	33	0-P	11.11.	256X	(+)	(20X)	IgG(19, 24, 28, 53)	(+)	人工	
24.	H.O.	39	0-P	11.20.	128X	(-)	<5	IgM(19)	(-)	母乳	
25.	K.I.	24	0-P	91.1.2.	1024X	保留	(80X)	IgG(19, 24, 28, 53)	(+)	母乳	
26.	R.T.	28	0-P	(4.9)	512X	(+)	(40X)	IgG(19, 24, 28, 53)IgM(19, 24)			

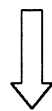
キャリアと考えられた症例： 3、8、11、20、23、25、26

臍帯血、児の追跡の欄の(+)は移行抗体の存在を示していると思われる。



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



要約 昭和 62 年 6 月から平成 2 年末までの 3 年半の期間に当科妊婦外来に訪れた約 2000 例について抗 HTLV-1 抗体スクリーニング検査を実施した。スクリーニング検査の問題点、児のフォロー、妊婦の保健指導について考察した。