

流産を繰り返してしまう

～ 不育症について ～

不育症は、特殊な原因の場合を除き、正しい検査と治療を行うことで80%以上の方が無事に赤ちゃんを出産することができます。原因が特定できない場合、多くは無治療でも次回の妊娠でうまくいきます。まずは、流産の原因を知ること。その原因と向き合い、自分を知ることが大切です。加齢や既往流産回数の増加に伴い出産の可能性は低下していきますが、30歳代で過去3回の流産であれば、治療によりその次の妊娠で約70%、累積的には約85%の方が出産できることがわかっています。

産婦人科医師 光成匡博



不育症とは

妊娠が成立しても流産や死産を繰り返して、生児を得ることができない病態を「不育症」といいます。日本不育症学会では、流産あるいは死産を2回以上経験した状態を不育症としています。この定義では、生児獲得の有無を問わず、流産、死産は連続していなくてもよい、とされています。習慣流産や反復流産もほぼ同じ意味ですが、不育症はより広い意味で使われています。習慣流産は3回以上連続した流産、反復流産は2回連続した流産です。ここでいう流産とは、妊娠22

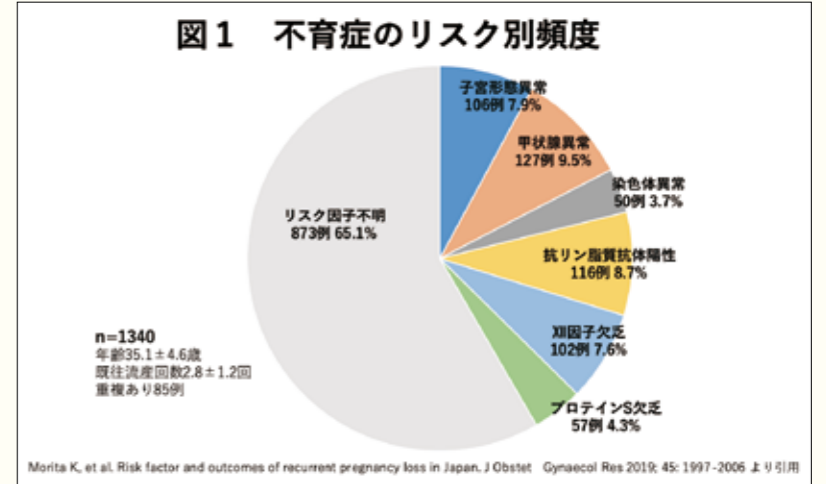
週未満の子宮内妊娠の喪失であり、子宮外妊娠や絨毛性疾患(胎状奇胎)は流産の回数に含めません。尿検査で妊娠反応は陽性だったにもかかわらず子宮内に胎嚢(赤ちゃんの袋)が見えずに月経となる場合を生化学的妊娠(化学流産)といいますが、これも日本では今のところ流産に含めていません。2017年から欧州生殖医学会(ESHRE)では生化学的妊娠も流産の回数に含めるようになりました。繰り返す生化学的妊娠を不育症に含めるかは今後の課題です。

不育症の頻度

流産は全妊娠の15～20%の頻度で起こっており、決してめずらしいものではありません。流産の90%以上は妊娠10週未満の初期に起こります。エコチル調査(子どもの健康と環境に関する全国調査)では、2回以上の流産を経験した人は5.0%、習慣流産は1.1%の頻度でした。

不育症のリスク因子

不育症のリスク因子を【図1】に示します。これは厚生労働省の不育症研究班で集計された国内のデータです。子宮形態異常が7.9%、甲状腺異常が9.5%、ご夫婦どちらかの染色体異常が3.7%、抗リン脂質抗体陽性が8.7%、第XII因子欠乏、プロテインS欠乏を合わせた凝固因子異常が11.9%でした。この結果と最新のエビデンスに基づき、2021年3月に「不育症管理に関する提言2021」が発表されました。



不育症のスクリーニング検査

「不育症管理に関する提言2021」にある検査は表1のとおりです。福山市では「不育症治療費助成事業」として、「提言2021」の推奨検査・選択的検査に該当する項目に対して助成を行っています。

検査種別	検査項目	検査内容
推奨検査	子宮形態検査	超音波検査、ソノヒステログラフィー、HSG
	抗リン脂質抗体	抗β2GPI抗体、抗PLA2抗体、抗β2GPI抗体、抗PLA2抗体、抗β2GPI抗体、抗PLA2抗体
	夫婦の染色体検査	核型検査
	内分泌検査	FSH、LH、PRL、TSH、FT4
選択的検査	子宮形態検査	HSG、子宮鏡検査
	血栓性素因関連検査	プロテインC、プロテインS、アンチ・トロンピン
	抗リン脂質抗体	抗β2GPI抗体、抗PLA2抗体、抗β2GPI抗体、抗PLA2抗体
	自己抗体検査	ANA、抗SSA抗体、抗SSB抗体
研究的検査	抗リン脂質抗体	抗β2GPI抗体、抗PLA2抗体、抗β2GPI抗体、抗PLA2抗体
	免疫学的検査	抗核抗体、抗SSA抗体、抗SSB抗体、抗β2GPI抗体、抗PLA2抗体

表1 「不育症管理に関する提言2021」で提示された検査

これらを考慮し、当院では不育症と診断された患者様に対し、次のような検査(表2)をお勧めしています。これらのうち、下線部のものを不育症スクリーニング検査セットとしています。③ご夫婦の染色体検査は、ご希望をお伺いした上で検査を行います。スクリーニング検査・治療後も流産した場合は、流産検体の染色体検査(G分染法)を勧めています。

子宮形態検査	超音波検査、ソノヒステログラフィー、HSG、子宮鏡検査
抗リン脂質抗体	抗β2GPI抗体、抗PLA2抗体、抗β2GPI抗体、抗PLA2抗体
夫婦の染色体検査	核型検査
内分泌検査	FSH、LH、PRL、TSH、FT4
血栓性素因関連検査	プロテインC、プロテインS、アンチ・トロンピン
自己抗体検査	ANA、抗SSA抗体、抗SSB抗体

表2 当院で行っている不育症スクリーニング検査

各検査の内容やその意義、および治療について

①子宮形態異常

子宮の形を超音波検査、ソノヒステログラフィー(子宮内に水をいれて超音波で子宮内の形を調べる)やHSG(子宮卵管造影)で調べます。子宮形態異常の中でも、とくに中隔子宮では流産しやすいことが分かっています。中隔子宮に対しては手術の有効性も報告されていますが、一方で、手術後に子宮内癒着などの合併症が起こり、妊娠率が低下したとの報告もあります。

②抗リン脂質抗体

抗リン脂質抗体は血栓のリスクとなり、流死産や妊娠高血圧腎症と関連しています。当院では抗リン脂質抗体(APL)パネルとして抗カルジオリピン抗体IgG/IgM、抗β2GPI抗体IgG/IgMと、ループスアンチコアグラント(LA)を調べています。陽性の場合には12週間以上の間隔をあけて再検査を行い、2回とも陽性の場合、抗リン脂質抗体症候群と診断

します。再検査で陰性だった場合は、偶発的抗リン脂質抗体陽性例として区別します。抗リン脂質抗体症候群の場合、低用量アスピリン+ヘパリンカルシウムが基本的な治療法です。低用量アスピリンは妊娠前から、ヘパリンカルシウムは妊娠判明直後からの投与が勧められています。産後、特に帝王切開術後は血栓症予防対策を行う必要があります。偶発的抗リン脂質抗体陽性の場合、明

確な治療方法はありますが、無治療では流産率が高いとの報告もあるため低用量アスピリンを考慮します。

③ご夫婦の染色体検査(保険診療外)

ご夫婦どちらかに染色体の構造異常があると流産が起こりやすくなることが知られています。しかしながら、染色体異常に対する治療はなく、繊細な個人情報であるため慎重な対応が必要です。検査のメリット(流産の原因が判明する)とデメリット(精神的苦痛やどうすることもできないという悩みなど)を十分に理解したうえで、ご夫婦でよく相談して検査を受けるかどうか決めてください。

染色体構造異常があると流産を繰り返すずっと子供を持つことができないと思われるかもしれませんが、特殊な場合を除き、そのようなことはありません。染色体異常のないカップルと比べ、流産回数は多くなりますが、最終的に子供を持てる確率は変わらないようです。流産を回避する目的で着床前診断(PGT-SR)を行うという選択肢もあります。体外受精で得られた受精卵(胚)から一部の細胞を取り出して染色体検査を行い、染色体異常(異数性)のない胚を子宮に戻して育てる方法です。現時点では、着床前診断で流産率は低下しますが、生児獲得率は増加していません。今後、解析手法の進歩などによる治療成績の向上が期待されています。

④内分泌検査

血液検査で甲状腺ホルモンを調べます。明らかな甲状腺機能異常があると流産しやすいことが分かっています。薬物治療で甲状腺機能を正常化させれば、良好な生児獲得率が得られます。

⑤血栓性素因関連検査

血液検査でプロテインS活性、第Ⅻ因子活性を調べます。日本人のプロテインS欠乏の頻度は約

2%で、欧米人の約10倍です。国内の不妊症データベースでは、プロテインS欠乏不妊症患者の無治療群の生児獲得率は不良で、低用量アスピリンにより生児獲得率が上昇していました。プロテインS欠乏は深部静脈血栓症のリスクファクターで、産婦人科診療ガイドラインでも、妊娠中は血栓予防の観点から抗凝固療法を検討するように指摘されています。プロテインS欠乏不妊症患者では、過去の妊娠歴、血栓症の既往、検査結果などを参考に、低用量アスピリンやヘパリンを検討します。妊娠初期の第Ⅻ因子欠乏は、胎児発育不全や妊娠高血圧腎症などを生じ、34週未満の早産のリスクファクターです。国内の不妊症データベースでは、第Ⅻ因子欠乏不妊症患者の無治療群の生児獲得率は不良で、低用量アスピリンにより生児獲得率が上昇していました。プロテインC欠乏症やアンチトロンピン欠乏症はいずれもかなりまれな疾患であるため、不妊症スクリーニングとしては推奨されていませんが、血栓症既往がある場合は検査しておくことが望ましいとされています。

⑥そのほかの抗リン脂質抗体

血液検査で抗PE IgG/IgM抗体(保険診療外)、フォスファチジルセリン依存性抗プロトロンピン(PS/PT)抗体(保険診療外)を調べます。抗PE抗体は血小板凝集を起こすことが知られており、妊娠高血圧腎症のリスクが高いとの報告もあります。国内のデータでは、抗PE抗体陽性の不妊症患者で、無治療よりも低用量アスピリン療法を行ったほうが出産に至る確率が高くなることがわかりました。

抗PS/PT抗体は抗リン脂質抗体症候群の臨床症状やループスアンチコアグulant(LA)の存在と非常に強い相関が

あり、LA陽性者の半数は抗PS/PT抗体陽性で、抗PS/PT抗体陽性者の9割以上はLA陽性です。したがって抗PS/PT抗体はLAや抗リン脂質抗体症候群の有効な検査/診断マーカーと考えられています。LAは複雑な検査手法を必要とし判定困難なことも多いため、LAの補助診断としての意義は大きいと思われます。妊娠14週以降の流死産のある不妊症で関連を認めたとの報告があり、低用量アスピリン療法が検討されています。

⑦免疫学的検査

当院では、末梢血NK細胞活性(保険診療外)を測定しています。

免疫学的異常(母体が胎児を異物ととらえ排除しようとする)により流産が引き起こされることがあります。子宮-胎盤局所や全身的な免疫学的異常が流産の原因となりうることは基礎的研究で示されていますが、流産原因となる免疫学的異常を的確にとらえる検査は確立していません。非妊娠時の末梢血NK細胞活性が高い不妊症女性は、その後の妊娠が染色体正常流産となるリスクが高かった、という報告があります。

⑧ネオ・セルフ抗体：

抗β2GPI/HLA-DR抗体(保険診療外)最近になって、不妊症の新たなリスク因子としてネオ・セルフ抗体が注目されています。ネオ・セルフ抗体とは、自己抗原となるタンパク質が、病気のなりやすさと関わるヒト白血球抗原(HLA)クラスIIというタンパク質と合体してできる複合体を攻撃し、自己免疫疾患を引き起こす抗体のことを言います。ここでは、抗リン脂質抗体症候群を引き起こす抗体の標的と考えられているタンパク質(β2GPI)と、抗リン脂質抗体症候群になりやすい型のヒト白血球抗原(HLA-DR)が合体した複合体

に対する抗体を調べています。この抗体は、子宮脱落膜血管内皮細胞を傷害し、流産や抗リン脂質抗体症候群を引き起こします。日本の多施設共同研究で、ネオ・セルフ抗体が不妊症女性の16.9%、胎児発育不全の15.3%、妊娠高血圧症候群の17.4%で陽性となっており、正常産正常分娩

	人数	陽性	陽性率	Adjusted OR(95%CI)
不妊症	462	78	16.9%(*)	3.3(*) (1.9-5.6)
胎児発育不全	194	19	15.3%(*)	2.7(*) (1.3-5.3)
妊娠高血圧症候群	130	24	17.4%(*)	2.7(*) (1.4-5.0)
34週未満の早産	71	8	11.3%	
正常産コントロール	488	27	5.5%	

表3 不妊症および関連合併症のネオ・セルフ抗体陽性率 *p<0.01 vs. 正常産
Taniguchi K, et al. Anti-β2-glycoprotein I/HLA-DR antibody and adverse obstetric outcomes. Int J Mol Sci 2023; 24: 10958

スクリーニング検査で何も異常がなかった場合

これらの検査(抗PE抗体、抗PS/PT抗体、ネオ・セルフ抗体とNK活性を除く)をしても明らかな不妊症の原因が判らない方が65.1%も存在しています(図1)。ここには、たまたま赤ちゃんの染色体異常による流産を繰り返しただけの場合と、未知のリスク因子を持っている場合の2つの可能性があります。

流産の約60～80%は赤ちゃんの染色体異常によるものです。したがって赤ちゃんの染色体異常をたまたま2回繰り返す確率は0.7×0.7=0.49(49%)、3回繰り返す確率は0.7×0.7×0.7=0.34(34%)となります。検査で明らかな原因が判らなかった65.1%のうち40%程度は、染色体異常を持った赤ちゃんの妊娠をたまたま繰り返しただけと考えられます。これらのリスク因子を調べて原因が判った場合はそれに対する治療を行いますが、原因不明の方は何も治療をしなくても、次の妊娠で成功する確率は高いと報告されています。平均的な

コントロールに比べて陽性率が高く(p<0.01)、これらの疾患へのネオ・セルフ抗体の関与が明らかとなりました(表3)。また、不妊症や反復着床不全との関連も指摘されています。ネオ・セルフ抗体陽性不妊症の観察研究では低用量アスピリンやヘパリン治療が有効であることもわかっています。

	人数	陽性	陽性率	Adjusted OR(95%CI)
不妊症	462	78	16.9%(*)	3.3(*) (1.9-5.6)
胎児発育不全	194	19	15.3%(*)	2.7(*) (1.3-5.3)
妊娠高血圧症候群	130	24	17.4%(*)	2.7(*) (1.4-5.0)
34週未満の早産	71	8	11.3%	
正常産コントロール	488	27	5.5%	

表3 不妊症および関連合併症のネオ・セルフ抗体陽性率 *p<0.01 vs. 正常産
Taniguchi K, et al. Anti-β2-glycoprotein I/HLA-DR antibody and adverse obstetric outcomes. Int J Mol Sci 2023; 24: 10958

年齢である場合、2回流産なら80%、3回流産なら70%、4回流産なら60%、5回流産なら50%の方が次の妊娠で出産できます。

スクリーニング検査・治療後に流産した場合

●流産検体の病理学的検査

流産した組織を顕微鏡で細かく観察することで、血栓(フィブリン沈着)や感染の有無を知ることができます。血栓による流産が疑われる場合には、スクリーニング項目以外の血栓性素因や抗リン脂質抗体の検査を検討します。

●流産検体の染色体検査

不妊症の治療を行っていたにも関わらず流産に至った場合、今回の流産が胎児の染色体異常によるものかを調べることは、その後の治療を考える上でとても重要です。胎児の染色体異常で流産した場合は、現在の治療を継続し、再度、早めに妊娠トライをしましょう。胎児の染色体が正常だった場合は、不妊症の治療方法を見直す必要があります。(ただし、胎児が染色体正常女児だった場合は母体組織の混入

により正しく胎児の染色体が調べられていない可能性があるため注意が必要です。)

また、不妊症スクリーニング検査前であっても、2回目の流産からは、流産手術時に流産検体の染色体検査を行っておくとその後の不妊症検査・治療に有効です。(施設によっては保険診療で流産検体の染色体検査が行えます。)

最後に

近年、出産年齢が高齢化していることから流産率が上昇し、その結果、不妊症の方も増えています。流死産はとてもつらい体験のひとつで、「自分が何か悪いことをしたから流産になった」など、間違ったイメージを持ちやすいものです。流死産後に悲しい気持ちになるのは正常な反応ですが、なかには不安症やうつ状態につながるケースもあります。まずは不妊症の原因を正しく理解すること、そして家族としっかり話し合い、できるだけ不安を除いた状態で、次の妊娠へ向けて検査・治療に臨めるとよいでしょう。

福山市にお住まいの方は、年齢などの条件はありますが、不妊症の検査・治療に要した費用の一部が助成されます。詳しくは福山市子育て支援サイトの不妊症治療費助成事業のページをご覧ください。





I'll answer that question. 私がお答えします

あなたは日常の診療を通して、疑問を持ちながら何気なくやり過ごしていることや訊きそびれていることはありませんか？このコーナーでは患者さまをはじめそのご家族の、診療におけるさまざまな質問や相談に、当院の適任スタッフがお答えするコーナーです。



「健康保険証」と「マイナンバーカード」についてです。持っている「健康保険証」はもう使えないのですか？



2024年12月2日以降、現行の「健康保険証」の新規発行は終了し、「マイナンバーカード(マイナ保険証)」を基本とする仕組みに移行しています。発行済みの「健康保険証」は、最長1年間(2025年12月1日まで)は使用できます。ただし、その間に転職や転居等で保険者の異動が生じた場合や、有効期限が切れた場合は使用できなくなります。まだマイナ保険証をお持ちでない方は、マイナンバーカードの取得、マイナンバーカードの「健康保険証」の利用登録をおすすめいたします。



「マイナンバーカード」を持っていない場合はどうなりますか？



健康保険証の発行終了後、マイナ保険証や有効な健康保険証をお持ちでない方は、「資格確認書」により資格確認を行います。加入する医療保険者から送付される「資格確認書」をお持ちください。なお、混同されやすいものに「資格確認のお知らせ」があります。こちらは、裏面に記載があるように、本来はマイナ保険証と併用する必要がありますが、当院はオンライン資格確認を導入していますので、ご同意により「資格確認のお知らせ」記載の資格が現在有効か否かの確認も可能です。



「マイナンバーカード」を持参すれば、「健康保険証」は提示しなくてもいいのですか？



「マイナンバーカード」を「健康保険証」として利用するには、事前に患者さまご自身で紐付ける(利用するための登録をする)必要があります。保険証が紐付いた「マイナンバーカード」をお持ちいただく場合は、「健康保険証」のご提示は不要です。利用登録は、医療機関や薬局に設置している顔認証付きカードリーダーからも可能です。操作は、「マイナンバーカード」をカードリーダーに置き、画面の指示に従って「顔」か「暗証番号」のどちらかの方法で本人確認のうえ、規約と同意のチェックをしていただきます。登録には1～2分ほど時間を要します。ご自身のスマートフォン等のマイナポータルアプリやセブン銀行ATMからの申請も可能ですので、ぜひ、来院前のご登録をお願いいたします。なお、子ども医療、ひとり親家庭等、各種公費負担医療制度については、現在マイナンバーカードでの資格確認はできません。これまで通り、受給者証をご持参、ご提示ください。



「マイナンバーカード」を提示すれば、お薬手帳の持参は不要ですか？



マイナンバーカードリーダーで薬剤情報等の提供に同意いただくと、過去の処方薬や特定健診等の診療情報の確認が可能です。ただし、その情報は医療機関・保険薬局が審査支払機関へ電子請求した診療・調剤報酬明細書の情報を基に作成されます。電子請求は原則、前月分を翌月10日に行うため、情報には時差があり、また、自由診療等、診療・調剤報酬明細書に記載されない場合や、請求方法が電子請求ではない医療機関や薬局を利用した場合は情報として表示されません。直近で処方された薬や他医療機関受診の情報は、検査結果の伝票やお薬手帳、紹介状等をご持参ください。



入院することになりました。高額療養費の手続きはどうすればいいですか？



当院では、オンライン資格確認を運用しておりますので、ご自身による限度額適用認定申請書等の手続きは不要です。入院前、または入院時にお渡しする「入院申込兼誓約書」(当院のホームページからもダウンロード可能)をご提出いただくことで、スタッフがオンラインで資格情報の取得を行い、高額療養費の限度額を超える支払いが免除されます。ご不明な点は事務スタッフにお気軽にお申し出ください。

医療機関・薬局では、以下のいずれかで受付をお願いします

マイナ保険証

受付時に顔認証ができない際に必要となる、マイナンバーカードの

4桁の暗証番号を、お忘れなく！



何らかの事情で、マイナ保険証での受付が出来ない場合



健康保険証

有効期限は最長1年間(令和7年12月1日まで)



資格確認書



マイナ保険証ならではのメリット

- ✓ 過去のお薬・診療データに基づく、より良い医療が受けられる
- ✓ 突然の手術・入院でも高額支払いが不要になる
- ✓ 救急現場で、搬送中の適切な応急処置や病院の選定などに活用される

この他にも、日常生活の中で利用できるシーンが広がっています。ぜひ日頃からマイナンバーカードを持ち歩いて、ご活用ください！



私がお答え
しました



医事課
大室倫子

医師 小池美緒
日本小児科学会専門医

「うんち」について

入園、入学の季節がやってきました。4月から育休が明けて仕事に復帰されるお母さんもおられると思います。お子さんが1歳で復帰する予定だったけど保育所に入れられなかったのが、4月から復帰しますという話もちろほら聞きました。仕事に復帰したら、仕事をしながら家事、育児、その生活に慣れるまで結構大変です。保育所に通い始めると子どもはいろんな病気をもらいます。特に入園当初は発熱での呼び出しも頻回にあり、仕事を休まないといけなことも多々あります。お母さんひとりが負担にならないように、お父さんと一緒に協力しあって乗り切りたいと思います。

* * *

前回は「おちんちん」の洗い方についてのお話をしました。洗い方がわからないお母さんは少なからずおられるので、「ずっとおちんちんの洗い方が気になっていたのでよかったです!」という言葉をいただきました。まだ読んでおられない方で興味のある方は声をかけてください。

今回は「うんち」の話をしようと思います。うんちの硬さ、

回数は年齢によって違います。母乳やミルクのみの赤ちゃんは黄色～緑色の水っぽ便が普通でつぶつぶが混在していることもあります。回数も1日1回の赤ちゃんもいれば10回以上する赤ちゃんもいます。

離乳食を食べるようになると徐々に茶色っぽくなり形も出てきて、生後10か月くらいになると理想の便の硬さはお味噌くらいか、それよりも軟らかいくらいです。コロコロした便や粘土のような便は硬めで、おむつからポンと捨てるのは硬い便です。毎日便が出ていてもコロコロ便しか出ない、鶏卵の大きさ1～2個分くらいの便でも、量は少なく便秘です。2～3日に1回の排便でも、お味噌くらいの硬さの便が大人の片手いっぱいくらい出たら便秘ではありません。

便秘になると便が硬くなり肛門が切れて出血したり、見張り疔(イボ)ができたりすることもあります。硬い便を出す時は強い腹痛を訴えたり、お尻が痛いと言いつつ踏ん張ります。排便にも時間がかかり、20～30分くらい泣き続けやっとならぬ便もコロコロと硬くて量も少ない…この繰り返しです。うんちをするときにお尻が痛いので便意があっても我慢して、より便秘になるという悪循環になることもあります。また、トイトレ(トイレトレーニング)に時間がかかることもよくあります。

おしっこはトイレでできるけど、うんちは紙パンツじゃないとできない…これはかなり力を入れて踏ん張らないと便が出ないので便器に座った体勢では踏ん張りにくく、紙パンツに履き替えて踏ん張らないとうんちが出ないからです。薬を内服せずに毎回苦しい思いをさせて少しずつしか便が出ないよりは、薬で痛がらず苦しまずにしっかり排便させた方がいいと思います。

月齢、年齢によって便の状態は違います。うちの子、便秘かな?今の量は少ないのかな?下痢っぽいけどこれって正常かな?便について心配なことがあったら、便の写真をスマホで撮って受診の時に見せてくださいね。

歯科医師 小池秀行
日本補綴歯科学会専門医 歯学博士
歯が欠けたり失われたりした場合に、かぶせ物、差し歯、ブリッジ、入れ歯(義歯)、インプラントなどの人工物で補い、機能・審美を回復することを専門とした、学会で認められた歯科医師です。

虫歯になりやすい子

—虫歯菌の母子感染—

生まれたての赤ちゃんには虫歯菌はいません。

基本的には母子を中心とした家族間での感染によって虫歯菌はお子さんに感染します。感染源は母親からの感染が約75%、父親からが約15%、祖母や保育園の保母さんからが約10%となっています。

生活を共にする周囲の大人の口からスプーンなどを介して感染します。直接舌でスプーンを触らなくてもフーフーするだけでも飛沫感染を起こすことがあるので、スプーンや食器を分けても感染を防ぐことは難しいです。ですからスプーンや食器を分けるよりも、周囲の大人の口をキレイにしておくの方が効果的です。

乳歯は6か月くらいから生え始め、3歳前後に生え揃います。そのうち19か月～31か月(1歳半頃～2歳半頃)は特に注意が必要とされる時期であり、一番感染しやすいと同時に、この時期より後に感染時期を遅らせることができれば、大人になっても虫歯になりにくいと言われています。これは口の中の細菌たちが安定した後は簡単にそのバランスは崩れにくく、虫歯菌の主役であるミュータンスレンサ球菌というものは、後から入り込んできても定着しにくいと考えられているからです。したがって口の中の細菌のバランスが作られていくその時期に、悪玉菌であるミュータンスレンサ球菌が含まれないように持っていければ口にとって有利な状況になるわけです。母親からの感染が一番確率の高いことを前述しましたが、実際に乳幼児の口の中の細菌を調べてみると、そのほとんどが母親のものとDNAが一致しています。母親が虫歯を治療して口の中をキレイにしておくことは、お子さんの将来にとっても大事なことであり、妊婦歯科健診を受け、安定期に治療を行うことはその手助けともなるわけです。



19か月～31か月(1歳半頃～2歳半頃)の歯の手入れは大事ですが、簡単に歯の生え始めから次の時期における歯の手入れについてもお伝えします。



〈6～7か月頃〉

初めての乳歯、下の前歯が生えてきます。まずは磨くことよりも口を覗き込まれること、触られることに慣れさせていきましょう。

〈8～9か月頃〉

上の前歯が生えてきます。授乳や哺乳瓶の吸い口が上の前歯に当たるので「仕上げ磨き」を行っていかないと虫歯になりやすいので注意しましょう。ストッパー付きでお子さんの喉の奥に入らない歯ブラシなどで清掃器具に慣れさせ始めるといいでしょう。

〈1歳6か月頃〉

乳歯で初めての奥歯が生えてきます。軟らかいものであれば大人と同じものが食べられます。手入れでは、まず、お子さん自身に歯磨きをしてもらいます。このとき歯ブラシで喉を突いたりしないように、しっかり見守ってください。仕上げ磨きは毎食後頑張りましょう。毎食後でできていない場合、就寝前の仕上げ磨きを特にしっかりとやりましょう。奥歯の生えるこの頃から、歯科医院でフッ素塗布を始めるお子さんが見受けられます。

〈2歳頃〉

一番奥に最後の乳歯が生えはじめます。大人とほぼ同じ食事ができるようになります。お子さんが反発する時期に突入するので、仕上げ磨きが難しくなる子が多くなるため、歯科医院でのフッ素塗布が有効となります。フッ素塗布を行うお子さんが増える時期です。

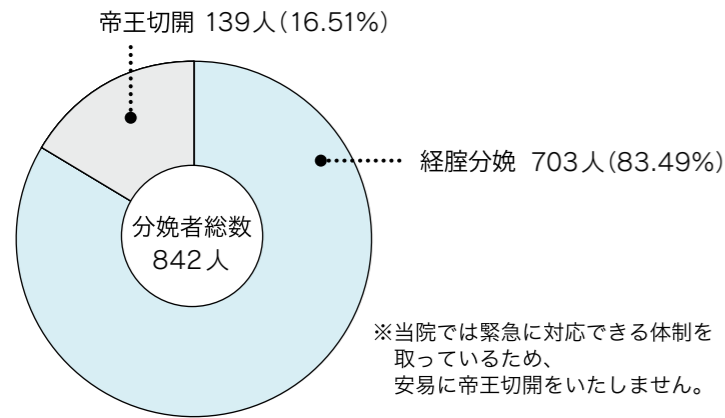


〈3歳頃〉

乳歯がすべて生え揃います。硬いものをしっかりと噛んで食べられるようになります。お子さん自身の歯磨きは上手になってきていますが、まだまだ仕上げ磨きが必要です。

ここまで述べたように、母親を中心とした周囲の大人の口の中の虫歯菌が多ければ多いほど当然ながら感染は起こりやすくなり、多くの虫歯菌に感染してしまえば当然虫歯にもなりやすくなります。ご両親の口の健康度の重要性和仕上げ磨きの大切さをおわかりいただけたでしょうか?しっかりと知識を身につけてお子さんの口を守っていきましょう。

DATA 1 通常(経膈)分娩と手術(帝王切開)での分娩



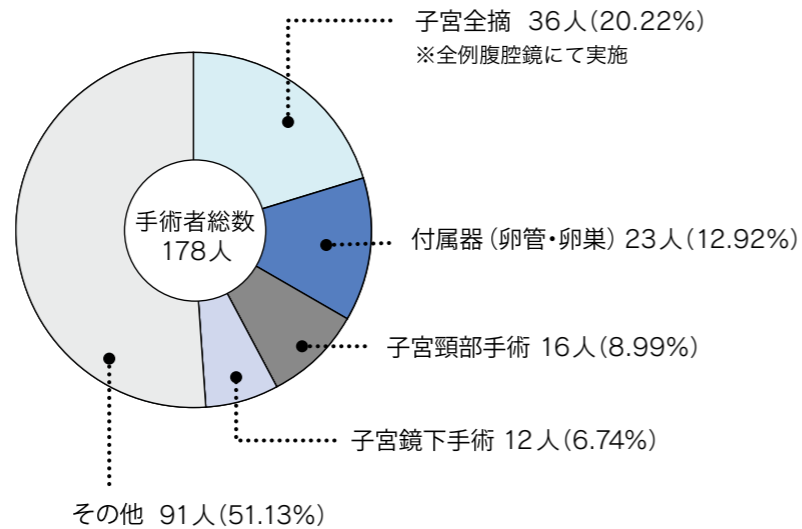
DATA 2 分娩者の地域別割合

福山市内	636人	75.54%
中国地方(広島県を除く)	70人	8.31%
広島県内	62人	7.36%
近畿	31人	3.68%
関東	20人	2.38%
四国	10人	1.19%
九州	7人	0.83%
中部	5人	0.59%
北海道	1人	0.12%

※2024年 福山市出生 2,877人

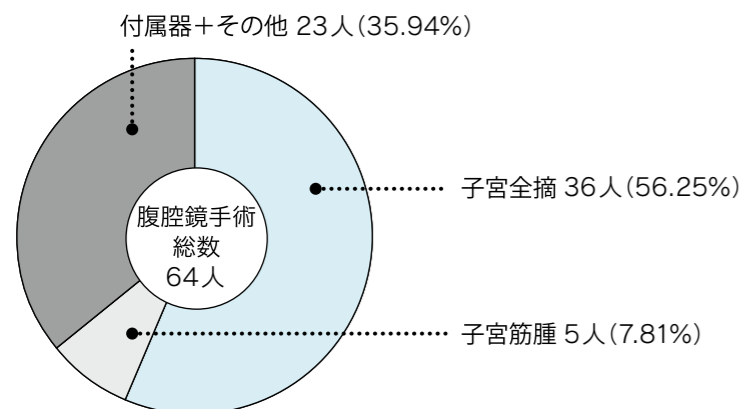
MEDICAL INFORMATION

DATA 3 手術件数とその内訳(帝王切開を除く)



'24 2024年1月~12月/1年間 医療データ

DATA 4 腹腔鏡による手術



摘出物量
●200g未満 50人 ●200g以上 14人

※腹腔鏡下手術は、婦人科内視鏡技術認定医2人体制(常勤・非常勤)で実施しています。当院には広島県東部で1人しかいない、婦人科内視鏡技術認定医(腹腔鏡・子宮鏡)、内視鏡外科学会専門医を持つ医師が常勤で在籍しています。

〈腹腔鏡下手術のメリット〉

- 創が微小(5-12mm)
- 術後痛みが微小な場合が多い
- 入院期間が短い(術後3-10日で退院)
- 術後癒着が微小
- 骨盤内の死角が少ない
- カメラで拡大した映像で手術可能

〈腹腔鏡下手術のデメリット〉

- 特殊な機器や器具が必要
- 全身麻酔が必要
- 頭を下げた体位で手術を行う(骨盤高位)
- ガスでお腹を膨らます(気腹を必要とする)
- 腹腔鏡下手術に特異的な合併症がありうる
- 摘出物の回収が困難な場合がある
- 手術操作に多少の制限がある
- 手術時間が延長する傾向がある

TOPICS

エステサービス



当院からのスペシャルプレゼントとして、お産疲れを癒していただくために「エステサービス」をご提供させていただきます。エステティシャンによるフェイス&フットのトリートメントで至福のひとつときをお過ごしください。当院4Fの「エステティックサロン」がお待ちしております。



インターネット予約をご利用ください!



産科・婦人科、小児科を受診の方は、インターネットを使った「診療予約システム」がご利用いただけます(歯科は電話予約のみ)。すでにID(診察券番号)をお持ちの方はもちろん、初診の方もご予約いただけますので、ご登録の上、お気軽にご利用ください。

※ご利用方法は当院サイトの[外来予約]をご参照ください。ログインは各診療科のボタンから、もしくはQRコードからお願いします。



自己血輸血

当院では、安全な出産や手術をしていただくために、あらかじめご自分の血液を貯血保存する「自己血輸血」を取り入れています。わが国は、赤十字血液センターの努力で血液が安定供給されるようになった結果、出血量の多い手術でも比較的安全に行われるようになってきました。しかし、血液センターの血液は、自分の血液ではありませんから問題点が無くなったとはいえません。それに比べ「自己血輸血」の場合は当然自分の血液ですから、感染症や拒絶反応を起こすなどの輸血時のトラブルがありません。医師の判断により、出血量が多いと予想される手術を受けられる方には「自己血輸血」をおすすめしています。

※詳しくは担当医までおたずねください。