

凍結胚の融解と胚移植の説明書

ミューズレディスクリニック

治療の必要性/適応について

受精卵（胚）の凍結は、体外受精または顕微授精において、以下のような場合に行われる治療です。

- 胚移植後に、妊娠につながる可能性のある受精卵（いわゆる余剰胚）が残っていた場合。
- 採卵数が多い、血中エストロゲン値が高いなど、卵巢過剰刺激症候群を起こす可能性が高いため、胚移植がキャンセルとなった場合。
- その他の理由により胚移植がキャンセルとなった場合。

今回、凍結保存しておいた胚を融解し移植することで、新たな卵巢刺激や採卵手術を繰り返すことなく妊娠をめざすことが可能となります。

方法

胚の凍結保存の方法や保存に関する費用、リスク等については、凍結時に説明しました。

融解と胚移植の日程

- 1) **自然周期胚移植法**：自然排卵が順調にある方には、超音波検査や尿・血液検査などにより成熟した卵胞の発育を確認し、HCG注射を行い、タイミングをあわせて凍結胚の融解、培養を行い、移植します。凍結した時点での胚の分割状態と、融解後の培養期間を考慮し、胚移植日を決定しています。卵胞発育については、クロミッドやフェマラ内服やFSH製剤の注射による卵巢刺激を併用する場合があります。着床/妊娠成立しやすくするために黄体ホルモンやHCGの注射を適宜行います。
- 2) **ホルモン補充周期胚移植法**：卵胞ホルモン（エストロゲン）により子宮内膜を調整し、胚移植を行う方法です。無排卵の方や、この方法のほうがホルモン状態が安定し、子宮内膜の状態が良好になると思われる方を対象としています。着床/妊娠成立しやすくするために、黄体ホルモン補充を行っています。

凍結胚の融解・胚移植に伴う危険性・合併症

構成成分の80%が水分である細胞は凍結することにより物理的・化学的影響を受け、その生存率が低下します。これを防ぐために凍結保護剤を使用しますが、凍結融解の影響を完全に排除することはできず、凍結保存剤そのものの影響も考えられます。凍結融解後の胚の生存率は95%程度です。しかし最近では胚移植あたりの妊娠率は新鮮胚移植を上回ると報告されています。内膜の状態が新鮮周期よりも自然に近いからであると推定されています。

排卵のタイミングが合わないために胚移植が行えないことがあります。また、解凍した胚の状態が悪いために胚移植が行えず、キャンセルとなることがあります。

凍結融解後の胚を用いて妊娠が成立した場合、早流産率や子宮外妊娠の発生率は新鮮胚移植の場合と同等であると予想されます。また、出生時の染色体異常および先天異常発生率が新鮮胚移植よりも明らかに高いとの報告はありません。しかし、児の長期予後、とりわけ次世代以降への影響などについては、現時点ではわかっていない点があり、今後の報告を待つこととなります。

カウンセリング

ご希望の方には遺伝相談を含め、医師によるカウンセリングを行っております。また、臨床心理士によるカウンセリングをご希望の場合、埼玉医科大学総合医療センター心理相談室へ紹介を行っておりますのでお申し出ください。

個人情報の保護

当院では個人情報保護法に基づいて医療情報の管理を行っており、個人情報の保護に厳重な注意を払っています。体外受精・胚移植法を施行する際にも、個人情報の守秘・プライバシーを尊重します。医学・医療の向上のために、治療経過に関する情報を日本産科婦人科学会に報告しており、治療成績などの統計結果を学会に発表させていただきますが、匿名性を保ち、個人情報の保護に努めます。

倫理

不妊治療を行うにあたっての医療倫理については、世界医師ジュネーブ宣言、日本産科婦人科学会の会告にしたがって行います。胚の取り扱い、生命倫理の基本に基づき、慎重に行います。また、正常な発育が見られなかった胚については、法律や行政の定めるところに従い、丁重に扱います。胚の取り扱いに際しては、遺伝子操作を行いません。他の人への胚の提供は行いません。

費用

凍結胚の融解・胚移植は保健適応ではないため、それに関わる診察料、薬剤費、技術料は自己負担となります。

凍結胚の融解と胚移植の同意書

ミューズレディスクリニック 院長殿

このたび私たち夫婦は、すでに同意した不妊症の治療に関連する治療行為の一環として、凍結胚の融解と胚移植に関し、下記の医師から別紙説明書に記載されたすべての事項について内容説明を受け、その内容を理解し、かつそれに対する十分な質問の機会を得ました。

説明の概要

- 治療の必要性/適応について
- 方法
- 凍結胚の融解・胚移植に伴う危険性・合併症
- カウンセリング
- 個人情報の保護
- 倫理
- 費用

平成 年 月 日

説明医師署名 _____ 立会者署名 _____

凍結受精卵（胚）の融解ならびに移植の治療を受けることに
 同意します。

平成 年 月 日

住所 _____

患者署名 _____ 配偶者署名 _____