

# 顕微授精の説明書

ミューズレディスクリニック

## 1. 顕微授精はどんな場合におこなわれるのですか？

挙児を希望している御夫婦で難治性の受精障害を抱え、顕微授精以外の治療法では妊娠の見込みがないか極めて少ないと判断される場合です。具体的には、①高度の乏精子症 ②極端な精子無力症 ③原因不明の受精障害 ④閉塞性無精子症がこの方法の適応となります。⑤精巣内精子、精巣上体精子を用いる場合。⑥体外受精で受精卵が得られなかったり良好胚が得られなかった場合。

## 2. この方法はどのようにするのですか？

### 《方法》

#### 顕微授精(ICSI)の手技

採卵した卵を前処理した後、顕微鏡下で保持します。この卵に同じく前処理した精子を細いガラス管で注入します。この方法により受精能の低い精子でも受精させることができるようになってきました。精液中に精子が全く見つからない場合には、精巣から組織を採取してその中から精子を回収し、顕微授精を行う方法(TESE)もあります。

採卵数が多く、精子に受精能力が有る可能性も否定できない場合に、採卵した卵を2組に分けて半分を通常の受精方法、半分を顕微授精にすることがあります。顕微授精に伴う危険性、合併症については体外受精と同様ですのでそちらの説明書を参照して下さい。

## 3. 現時点での成功率はどの程度ですか？

当院での妊娠率（胚移植に対して妊娠する率）は35%です。

顕微授精による妊娠の成功まで、卵子の採取、顕微鏡下での精子の注入（授精）、受精卵の発育（卵割）、着床（妊娠）そして胎児の発育といういくつかのハードルを最後まで乗り越えなければなりません。一方、残念ですがこの方法でも受精卵ができない場合もあるのです。

#### 4. この方法による先天性異常発生の可能性はありませんか (顕微授精の安全性)？

顕微授精によって産まれた児に染色体異常や先天性奇形が特に多いとする報告はありません。しかし、いまだデータが十分とは言えないのが現状です。自然妊娠で出生した児が、先天的な異常を持つ確率は3～5%と報告されていますが、日本における報告(平成9年度)では顕微授精による妊娠で出生した児の形態異常発生率は0.5%とされています。しかし、男性の性機能に関する遺伝子はY染色体上に存在するためもし出生児が男児であった場合、父親からのY染色体上の異常を受けつぐことにより受精能力が低くなるともいわれています。むろん、妊娠成立後に羊水検査で児の染色体異常等の有無を検査することはできます。又、遺伝相談に関しては毎週木曜日、遺伝外来(埼玉医大総合医療センター高井泰先生)を設けているので御利用いただけます。

#### 5. 費用

顕微授精は保険適用ではないため、それに関わる診察料、薬剤費、技術料等は自己負担となります。料金表を参考にさせていただきますが、合計で40万～45万となります。

#### 6. カウンセリング

体外受精、顕微授精等生殖補助医療を希望する方には医師によるカウンセリングを行っています。予約外来として設けてありますので御利用下さい。また、臨床心理士によるカウンセリングは、埼玉医大総合医療センターと提携しているため、御希望の方はお申し付け下さい。

#### 7. 個人情報の保護

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おります。治療内容、治療経過に関する情報は日本産科婦人科学会に毎年報告しており、又その成績等を発表しておりますがその際は匿名性を保ち個人情報の保護に努めています。

## 8. 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。受精卵（胚）の取り扱いは、生命倫理の基本に基づき、慎重に行います。また、受精しなかった卵子、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、丁重に扱って処遇します。以下の点につき、予めご了承ください。

- \* 廃棄対象となった胚が他の患者に使用されることはありません。他の人への配偶子提供は行いません。
- \* 体外受精・胚移植法の実施に際しては、遺伝子操作を行いません。

# 顕微授精の同意書

平成 年 月 日

このたび、顕微授精法による体外受精胚移植治療を実施するにあたりその内容について必要な事項を説明いたしました。

## 説明の概要

- 治療の必要性/適応について
- 方法
- 危険性・合併症
- 安全性
- カウンセリング
- 個人情報の保護
- 倫理
- 費用

説明者： \_\_\_\_\_ (印)

## ミューズレディスクリニック 院長殿

私たちは顕微授精法について担当医から詳しく説明を受け、かつ十分な質問の機会を与えられ、よく理解できましたので必要なすべての処置をお願いします。

平成 年 月 日

住 所： \_\_\_\_\_

患 者 氏 名： \_\_\_\_\_ (印)

配 偶 者 氏 名： \_\_\_\_\_ (印)