

人工授精に関する説明書

人工授精とは、

採取した精子を直接子宮腔内に注入する治療法です。人工授精は、排卵の時期に合わせて性交渉を行うタイミング指導でも妊娠に至らない場合に、次のステップとして選択され、体外で受精させる治療ではなく、受精や着床は自然妊娠と同じ過程で起こります。

1) 目的

妊娠を目的とした不妊治療

2) 対象となる方 (適応)

- ・ 乏精子症(精子濃度 1,500 万/mL 以下)
- ・ 精子無力症(運動率 40%以下)
- ・ 性交障害
- ・ 精子頸管 粘液不適合(フナーテスト不良)
- ・ 抗精子抗体保有症例
- ・ 原因不明不妊症例 など

3) 方法

あらかじめ経膈超音波検査や排卵検査薬により排卵日を予測します。

予測された排卵日に、ご主人に精液を専用の容器に採取して頂き、精液所見を確認の上で処理し、子宮内に注射器を用いて精液を注入(約 0.5mL 程度)します。精液は、遠心により洗浄・濃縮し、運動精子を抽出して子宮内に注入します。ただし、精子の状態によっては人工授精を実施できないこともあります。

自然周期で行う場合のほか、クロミフェンやゴナドトロピンによる排卵誘発と併用する場合があります。排卵誘発を併用する場合は多胎妊娠や卵巣過剰刺激症候群に対する注意が必要です。また排卵を確実にし、排卵後の黄体ホルモンの分泌を促すために排卵誘発剤を使用することがあります。

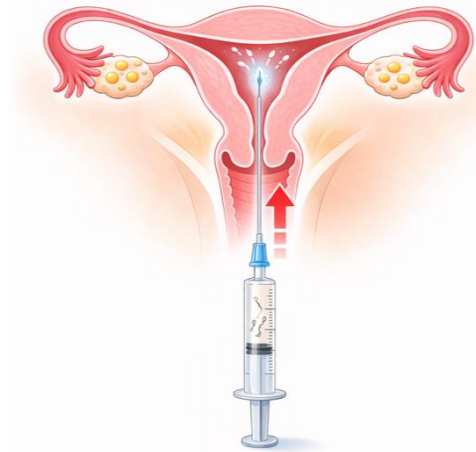
4) 成績

一般的に、1回の人工授精あたりの妊娠率は5~10%と言われており、患者様の年齢により異なります。

5) 人工授精のリスク

- ① 感染症：人工授精の際に稀ですが、Yuval らの報告によると約1万件に1~2件程度件の頻度で、子宮内や骨盤内に炎症を起こすと報告されております (Fertility Treatments. JMIG 2018; 00: 1-7)。
- ② 性器出血：人工授精の際に少量出血が起こることがあります。多くは数日で軽減しますが、多量の場合や出血が継続する場合があります。
- ③ アレルギー反応：人工授精により異種蛋白アレルギーを起こすことが稀にあります。発疹やのどのかゆみなどが出現する場合があります。
- ④ 卵巣過剰刺激症候群：排卵誘発剤を使用した際に下腹部痛、膨満感等が出現する場合があります。
- ⑤ 多胎妊娠：多胎妊娠となる可能性があります。
- ⑥ 異所性妊娠：子宮外に着床し異所性妊娠となることがあります。場合によっては手術や薬剤治療が必要となる場合があります。

人工授精 (IUI) の模式図



⑦ 不測の合併症：上記以外にも予測困難な合併症が発生する場合があります。

6) 費用

別紙料金表を参照してください。

7) 代替手段

体外受精 (IVF)

8) カウンセリング

当院では医師だけでなく、希望に応じて、不妊カウンセリング学会認定の不妊カウンセラーと個別相談、カウンセリングを実施しています。現在受けている治療に不安がある、悩みを聞いてもらいたいなど、どんな内容でも構いませんので、お気軽に利用してください。

9) 本説明書に関わる同意書の提出について

本説明書に関わる同意書は本治療を実施する毎にその都度、提出が必要です。

東京 ART クリニック

人工授精に関する同意書

私達夫婦は、医師やスタッフからの説明と文書によって下記の事項について十分理解し、納得した上で、人工授精を受けることに同意します。

また、上記処置に伴い副作用や予期せぬ合併症が生じた場合には、十分な説明を受けた上で、適宜必要な処置を受けることにも同意します。

- 人工授精の目的、対象となる方について。
- 人工授精の具体的方法はどのようなものか。
- 人工授精による妊娠率の現状について。
- 人工授精によって考えられるリスクについて。
- 人工授精にかかる費用について。(別紙料金表参照)
- 代替手段について。
- カウンセリングについて。

<注意事項>

- ① この同意書の提出がない場合は、人工授精を行うことはできません。
- ② この同意書は、今回の人工授精です。
今回の治療後に、再び同じ治療を希望する場合、その都度、同意書の提出が必要です。
- ③ 離婚・死別した場合は速やかに申し出てください。
- ④ この同意書を提出後でも、治療開始前あるいは開始後であっても、いつでも自由に同意を取り消すことができます。
また、医師が継続困難と判断すれば、ただちに治療が中止されます。
- ⑤ 今回ご説明した人工授精は、標準的な治療であり、実験的な新しい治療法や臨床治験ではありません。
- ⑥ 患者様の個人情報は、個人情報保護法及びプライバシーの保護・管理に十分配慮した上で、当院でデータ管理します。

説明責任者 東京 ART クリニック 院長 小川 誠司
説明年月日 年 月 日 説明者 _____
同意年月日 年 月 日

住 所 : _____

夫 (診察券番号) : _____ 氏名 (自署) : _____

妻 (診察券番号) : _____ 氏名 (自署) : _____

患者様控えは、大切に保管して下さい。