

臨床運用上の問題点および外来患者数・入院患者数と患者ならびに家族に対してファイリング画像を用いて病状説明した件数を一日平均値で評価した。

結果：画質はテレビ型モニターを使用すると問題はなかったが、液晶型モニターを用いた蛍光眼底所見判読にはやや難点があった。転送速度には問題無かった。患者に対する病状説明は一時間当たり医師一人に対し20人以内であると応用可能であった。

結論：外来診療でこのシステムを運用する場合、外来の機構そのものの改良も必要と思われた。

8) 硝子体手術後の硝子体再出血

—Ultrasound Biomicroscope にて確認できた強膜創新生血管の一例—

小林 和正・吉澤 豊久
 斎藤 暢子・今井 和行
 市辺 幹雄・村上 健治 (新潟大学医学部)
 久代 正行・大矢 佳美 (眼科)

増殖糖尿病網膜症に対する硝子体手術後の再出血は高頻度に見られる術後合併症である。早期出血は不十分な増殖膜処理や止血操作、晚期出血は強膜創新生血管が主因とされている。Ultrasound Biomicroscope (UBM)にてその出血源を確認できた一例を報告した。症例は55歳男性、1997年10月、12月左眼の増殖糖尿病網膜症による牽引性網膜剥離に対し2回にわたり硝子体手術施行したが再出血を繰り返していた。1998年2月25日 UBMにて強膜創新生血管を確認した。強膜創新生血管による再出血は、小さな新生血管であれば光凝固の追加、新生血管周囲の牽引除去により多くの症例で防止可能である。UBMによる強膜創新生血管の早期発見は治療上有用であると思われた。

9) 硝子体手術前後の角膜内皮変化

斉藤 暢子・吉澤 豊久
 今井 和行・市辺 幹雄
 村上 健治・久代 正行 (新潟大学医学部)
 小林 和正・大矢 佳美 (眼科)

内皮細胞は生後細胞分裂しないため、内皮が障害されるとその欠損部は周囲の細胞の面積増大と Sliding により修復され、形態の変化が細胞の大きさ、形の変化として現れる。角膜内皮はバリアー機能、ポンプ機能を有し、その相互作用により角膜の透明性を維持するため内皮障害が激しいと、角膜混濁により著しい視力低下がおこる。糖尿病群は非糖尿病群に比べ内皮細胞に形態的変

化があり、肉眼手術のあとに難治性角膜障害が生じやすい。今回、我々はスペキュラーマイクロスコープを用いて平成9年1月から7月までに当科で硝子体手術単独、または同時に白内障手術を行った50例（うち糖尿病群26例、非糖尿病群24例）で硝子体手術前後の角膜内皮変化について調べた。平均細胞面積は糖尿病群で術後有意に大きくなっており内皮変化の程度が強いと考えられた。細胞密度、六角形細胞出現率は統計学的有意差はないが糖尿病群で内皮変化の程度が強い傾向があった。

10) トログリタゾンによる重篤な肝障害の一例

広瀬 慎一 (長岡赤十字病院消化器内科)
 鴨井 久司・佐々木英夫 (同糖尿病センター)

症例は48才、女性で、46才時に糖尿病と診断し、治療を開始した。ペンフィル30R 8単位/日でコントロール良好であり、経口剤への変更が可能と考えて、トログリタゾン 400 mg/d の内服へ変更した。服用開始前の肝機能検査成績は正常であった。3ヶ月後より、肝障害を認めトログリタゾンを中止、入院治療を行った。

入院時、GOT 471 IU GPT 826 IU AI-P 333 IU T.B. 0.7 mg/dl であり、antiHA-IgM (-) HBsAg (-) antiHCV (-) AMA 20倍 ANA 40倍。

服用中止後約6週で肝機能検査成績は正常に復し、経過中黄疸や血液凝固能異常もない。

トログリタゾンによる肝障害には死亡例を含む重篤な症例が報告されており、その使用にあたっては、1ヶ月に1回の肝機能検査が必要であり、異常を認めたときには服用を中止し、嚴重に経過を観察すべきである。

11) 著しい高血糖を呈した、ペットボトル症候群の2症例

長谷川有香・江部 直子 (長岡中央総合病院内科)
 八幡 和明

清涼飲料水多飲後に、著しい高血糖を呈した2症例を経験した。

症例1は40歳、症例2は46歳のいずれも肥満男性で、入院時血糖は各々1220、1080 mg/dl と著明高値で症例2はケトアシドーシスを合併していた。口渇、全身倦怠を訴え、入院前に清涼飲料水約4Lや氷菓など糖質を過剰摂取していた。補液とインスリン治療で血糖は速やかに下降し、インスリン必要量も漸減した。2ヶ月後