

76.3%と両群に有意な差は認められなかった。アンケート回収率は83.3%であった。内服忘れは、パック群3例、従来群4例と差を認めなかったが、内服間違いはパック群0例、従来群2例であった。内服用法・容量の煩雑さは、パック群1例、従来群3例であった。その他は内服量に関しては、多いと感じた人はパック群22例、従来群19例と全体に多いと感じる人が多かった。副作用理解度は理解できたがパック群17例、従来群19例と差を認めなかった。

【結論】 *H.pylori* 除菌療法において、除菌パック製剤により除菌率は従来法と差を認めないも、内服間違いは予防できると思われた。

PA-7.

腹腔鏡下インスリノーマ手術の麻酔経験

(八王子・麻酔科)

○森本 恵爾、柿沼 孝泰、武藤 孝夫
曾我部 豊、平林 剛、白石としえ
内野 博之、金子 英人、荻原 幸彦
石井 脩夫

(八王子・消化器外科)

青木 利明、高木 真人、久田 将之

(八王子・放射線科)

佐口 徹

【症例】 56歳女性、身長150.3kg、体重57.4cm。

【既往歴】 特記すべきことなし。

【現病歴】 低血糖症状を繰り返し、CTや選択的な負荷試験にて膵体尾部にインスリノーマの局在が確認されたため、摘出手術予定となった。術前は低血糖に対して特に治療は行わず、血糖低下時のブドウ糖内服にて適宜コントロールを行っていた。

【麻酔経過】 第8-9胸椎より硬膜外チューブを留置した。プロポフォール+ベクロニウムで麻酔導入し、気管内挿管後、酸素+笑気+セボフルレンで麻酔を維持した。硬膜外麻酔として適宜0.25%ブピバカインの注入を行った。術中は頻回に血糖測定を行いブドウ糖液微量注入にて血糖補正を行った。注入速度は0.3g/kg/hから開始し漸減した。手術開始後より血糖は180~230mg/dlを推移したが、バイタルは安定し、安全に麻酔管理を施行せしめた。腹腔鏡手術は二酸化炭素による気腹で行なわれ、手術操作による一過性のインスリン上昇と切除後の低下を示したが、反跳性高血糖は

認めなかった。術後鎮痛として持続硬膜外麻酔を併用し、覚醒良好にて抜管後無事帰宅となった。

【考察】 インスリノーマの腹腔鏡下手術に対する厳密な血糖管理として、1) 血糖低下時に適宜ブドウ糖液を静注する、2) 低血糖に対し微量注入装置で対応を図る、3) 人工膵臓を用いる方法などがある。いずれも術中頻回の血糖測定が要求される。今回は急激な血糖上昇によるインスリン分泌を避けるために2)の方法を選択した。術中経過を通じてインスリン値は正常範囲を示したが、これは腹腔鏡手術によりストレスが開腹に比べて少なかった可能性および硬膜外麻酔+セボフルレンを吸入麻酔薬を用いたことによるインスリン分泌の抑制等が考えられた。本症例よりインスリノーマの麻酔管理においては厳密な血糖管理に加え硬膜外麻酔と吸入麻酔(セボフルレン)を併用することが有用であると思われた。

PA-8.

TUR-isの臨床的検討

(八王子・泌尿器科)

○松本 太郎、松本 哲夫、野田賢治郎
吉川 慎一、山本 豊、大鶴 礼彦
細田 悟

(霞ヶ浦・泌尿器科)

伊藤 貴章、鮫島 剛

(社会保険蒲田総合病院)

塩澤 寛明

(西東京中央総合病院)

相澤 卓

【目的】 生理食塩水中で使用でき、閉鎖神経反射を起こしにくい新しいTURシステム(TUR in saline=TURis)を開発し、臨床的評価を行った。新システムの原理と使用成績につき報告する。

【方法】 従来のTURシステムは、非電解質溶液を灌流液として使用しなければならず、灌流液の体内流入によるTURシンドロームが重篤な合併症をきたす可能性がある。また膀胱側壁切除時に閉鎖神経を刺激し、大腿の内転反射を起こすことがあるため、閉鎖神経ブロックが必要であった。今回開発したTURisは、生理食塩水中で使用するシステムであり、高周波電流は切除ループから内視鏡外筒に流れるため、術中の閉鎖神経反射が起こりにくい。このTURisを42例の膀