

CPC (平成17年度)

札幌社会保険総合病院 第28回 CPC

日時 2005年5月20日 場所 札幌社会保険総合病院 2階 講義室

「進行した肝硬変患者の後腹膜出血－健康器具への疑い」

報告者 臨床経過 研修医 工藤 立史
看護経過 4東病棟 佐々木彩子
病理診断 病理部長 高橋 秀史

司会 消化器部長 鈴木 岳
病理部長 高橋 秀史

症例 Aさん 44歳 男性

【臨床経過】

〈現病歴・経過〉

慢性アルコール中毒患者。平成15年6月アルコール性肝障害及びアルコール性ミオパチーにて入院歴あり。平成16年10月頃より食欲不振出現。11月上旬より家族に内臓の血流がよくなり健康になるとすすめられ、パワーヘルス（高圧電流を流しひりびりするもの）を購入し1日20分程度使用していた。11月中旬より黄疸出現。11月25日より右大腿部痛、右鼠径部痛出現し歩行困難となった。11月26日当科外来受診し採血にて汎血球減少・肝障害認められ、同日入院となった。

〈既往歴〉

13歳時 胃潰瘍にて胃部分切除

23歳時 胆石症にて胆囊摘出

〈家族歴〉

父、叔父に肝不全

〈生活歴〉

日本酒一升／日

〈入院時現症〉

身長166.3cm 体重65.3kg 血圧139/77mmHg

体温37.5°C。

眼瞼結膜に貧血なし、眼球結膜に黄染あり。頸部

リンパ節触知せず。

脳神経学的所見に異常なし。心音・肺音異常なし、腹部：膨隆、軟、圧痛なし。

肝を二横指分触知する。脾を触知せず。右肋骨弓下と腹部正中に手術痕を認める。

右鼠径部から大腿部にかけて圧痛を伴う膨隆を認める。四肢に浮腫なし。

〈入院時検査所見〉

尿検査：蛋白 (10–20mg/dl)、潜血 (+/-)

血算：WBC 11600 / μl、RBC 253×10⁴ / μl、Hb 9.0g/dl、Hct 24.6%、MCV 100.8fl、MCHC 36.6 %、Plt 2.8×10⁴ / μl

凝固検査 PT 39%、APTT 51.8s

生化学検査 TP 7.5g/dl、T-Bil 13.94mg/dl、GOT 342IU/l、GPT 71IU/l、LDH 400IU/l、γ-GTP 315IU/l、ALP 665IU/l、ChE 133IU/l

電解質検査 BUN 7.6mg/dl、Cr 0.63mg/dl、Na 138mEq/l、K 4.2mEq/l、Cl 94mEq/l

血清学検査 FBS 234mg/dl、CRP 1.12mg/dl、HBs-Ag 陰性、HCV-Ab 陰性

〈入院後経過〉

11月26日 入院時CTにて右腸腰筋～鼠径にかけ径70mm大の血腫の形成あり。内部不均一であり、一部活動性の出血が疑われた。

11月27日 血圧70台に低下、Hb7.1g/dl認め、緊急CT施行した。右腸腰筋内出血は増大し、

後腹膜全体に及んでいた。同日血管造影施行し右腸腰動脈末梢から血腫への活動性のある出血が認められ、輸血及びTAE（経カテーテル動脈塞栓術）施行。一時止血するも、腎機能の低下、K、CPKの上昇を認めた。

- 11月28日 透析開始。以降、連日の透析施行するも肝機能、腎機能は徐々に低下した。
- 11月30日 連日輸血施行するもHb4.8g/dlまで低下。CTにてTAEの際に止血した部位の腹側に新しい巨大血腫の形成認めた。
- 12月3日 透析中の血圧の維持が困難になり、以降の透析の継続は困難と判断し以後終末期医療を行う。
- 12月5日 血圧の低下、心拍数の低下認め、永眠。健康器具による出血の可能性高く、異状死の届け出をし御家族の了承を得て病理解剖をさせていただくことになった。

【看護経過】

患者紹介：妻、母と3人暮らしで、子どもではなく、弟が横浜に在住。キーパーソンは母。状態が悪化してからは母の妹と母とで交代で付き添いをしていた。妻は連日日中に面会に来ていた。体調不良のためH14.11に退社し入院時は無職。母親がアパートを経営し生計をたてていた。

看護経過：入院翌日の夜より腸腰筋内の出血が原因と思われる急激な血圧の低下、下肢疼痛の増強といった症状の悪化があったこと、緊急のTAEや透析が実施されることにより、家族の混乱・動揺する様子が見られた。そのため、連日担当医よりICが実施され、IC後には説明を理解できているか、家族の気持ちはどうなのか、家族はどのような希望をもっているのかを傾聴し適切な声かけを行うことで家族が患者の状態を受け入れられるよう援助を行なった。「わかりました。大丈夫です」と家族は話しており、ICの内容は理解しているようだった。また、A氏に対して「がんばって」などと声をかけている姿がみられ、状態の悪化に動搖しつつも患者の置かれている状態を少しずつ受け入れることができているようだった。随時家族の話を傾聴し、患者の様子をわかりやすく説明した。家族ができることについての

アドバイスを行なった。すると徐々にA氏に話しかけたり、身体をさすっている様子がよく見られるようになり、看護師に「今、昔話をしていたのよ」などとA氏のことを話してくださったりするようになつた。透析も不可能であると説明された後も、A氏が息をひきとるまでA氏の傍らで声をかけたり身体をさすったりしていた様子より、患者の状態を理解しA氏の死を受け入れることができていたのではないかと考える。家族は最後まで患者と共に過ごし、12/5に母、妻に見守られ永眠された。病理解剖については母、妻へ説明され、両者の承諾を得ることができた。

【臨床上の問題点】

- # 1 健康器具との因果関係(外因死)
- # 2 手術の選択肢がなかったか
- # 3 TAEの効果
- # 4 腎不全の原因
- # 5 肝硬変の原因（アルコール性か）

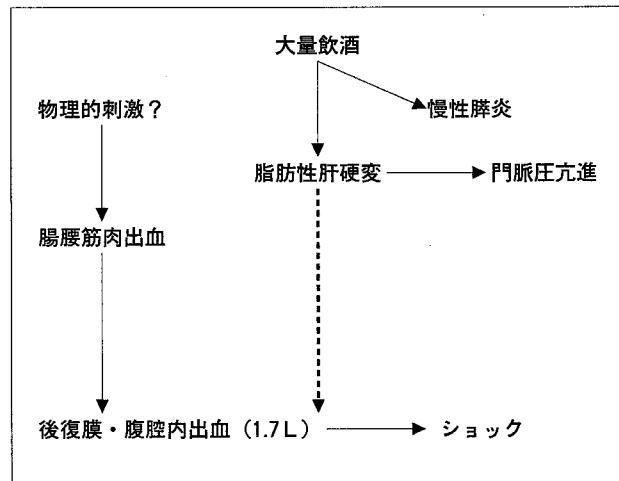
【看護上の問題点】

患者の急激な状態悪化による家族の不安

【病理解剖組織診断】

1. 腹腔内出血+後腹膜血腫
2. ショック腎
3. 脂肪性肝硬変
4. 慢性脾炎
5. 門脈圧亢進症

【病理チャート】



【キーワード】

医師法第21条、異状死体等の届出義務

「医師は、死体又は妊娠4月以上の死産児を検査して異状があると認めたときは、24時間以内に所轄警察署に届け出なければならない。」

【病理から臨床へ】

剖検にて腹腔内に1700mlの出血があり、右後腹膜を中心に広範な後腹膜血腫を認め腹腔内へ破裂を認めた。死因として出血性ショックが考えられます。右腸腰筋に核の脱落、横紋の消失などの壞死像と筋線維の萎縮、出血を認め、左腸腰筋におよぶ出血を示します。大動脈周囲の血管に血管炎や動脈瘤などの所見は示されず、組織学的に出血の原因については明らかではありません。肝臓は高度な脂肪化と線維化を示し、アルコール性（脂肪性）肝硬変の所見です。食道に静脈の拡張を認め脾臓の腫大もあり、軽度の門脈圧亢進症が示唆されます。

【臨床の教訓】

本症例は当初、原因が不明であった。外傷の疑いにつき、病歴をしつこく再聴取したところ健康器具の使用が判明した。病歴の聴取に際し、健康器具、健康食品、薬物、毒物などについても念頭に入れる必要性を再認識した。また、後日、厚生省へ副作用報告を行ったが、不良業者に対して医師の個人情報が保護されない事が判明し、報告しづらいシステムと感じた。その結果、業者より報告書の書き直しを迫られた。

【看護の教訓】

患者の急変時の援助は、患者の苦痛の軽減と異常の早期発見とともに家族が患者の状態を受け入れられるように家族への精神的援助が重要であると考える。