

社会保険総合病院 第9回CPC

日付 2001年9月19日 場所 札幌社会保険総合病院 2階 講義室

「急激な臨床経過を示した原発不明癌」

報告者	臨床経過	内科部長 桜山 繁美	司会	内科部長 桜山 繁美
	看護経過	4東Ns 内田 瞳子		病理部長 高橋 秀史
	病理解剖所見	病理部長 高橋 秀史		

症例 O. Iさん 40歳 男性

【臨床経過】

【前医での経過】

2001年1月下旬より前胸部圧迫感、腰痛、心窩部痛、食欲不振あり1月31日済生会兵庫病院受診した。初診時に右頸部にφ7cm大のリンパ節腫脹を認め2月1日同病院に入院した。当初CRP32.0、WBC15600ありユナシン静注療法施行炎症所見はある程度改善した。CT上右頸部リンパ節腫大、瘻合あり縦隔リンパ節腫大なし、胃周囲～脾門部、大動脈周囲のリンパ節腫大著明であった。ガリウムシンチグラフィーでは両鎖骨窩、上腹部への多数のガリウム集積をみとめた。腫瘍マーカーはsIL2R331u/ml、CEA11.2ng/ml、SCC1.2ng/ml、NSE11.3Ng/mlであった。上部消化管内視鏡検査では胃の壁全体に発赤・浮腫状で前庭部後壁に小ポリープを認めた。同ポリープの生検では過形成性ポリープ、胃炎の所見のみであった。頸部リンパ節生検施行、組織診断は転移性癌・扁平上皮癌疑いであった。CTにて肺癌らしい陰影なく、上部消化管内視鏡検査でも食道癌は否定的、耳鼻科的にも頭頸部に原発を疑わせるものなく治療方法に苦慮していたが、この間にも腫瘍の増大傾向著しく、悪性リンパ腫の可能性も視野に入れて同年3月2日より化学療法施行を予定していた。しかし親族がすべて北海道に在住のため、札幌での治療を希望した。

【主訴】

腰痛、食欲不振、倦怠感

【既往歴・家族歴】

特記すべきことなし

【入院時現症】

身長150cm、体重55kg、
血圧128/84mmHg、体温37.0°C

両側頸部リンパ節腫大著明、心窩部腹壁直下に手拳大の腫瘤を触れる。軽度圧痛あり。肝3横指触知、脾触知せず。下肢浮腫なし。

【入院時検査所見】

WBC10250/ μ l(neu81%, lym13%, mon2%, eosino 4%), RBC495×10⁴/ μ l, Hb13.0g/dl, Ht39.9%, plt18.4×10⁴/ μ l, FDP<20ng/ml, TP6.6g/dl, Alb3.8g/dl<GOT38IU/l, GPT31IU/l, LDH1524 IU/l, ALP115U/l, γ -GTP65U/l, T-bil0.5mg/dl, BUN15.3mg/dl, Cr0.7mg/dl, Na140mEq/l, K4.1mEq/l, Cl101mEq/l, CPK46IU/l, CRP 10.1mg/dl, HBsAg(-), HCVAb(-)。フェリチン861.1ng/ml, CEA136.8ng/ml, CA19-9 370 U/ml, AFP22.2ng/ml, SCC0.6ng/ml, sIL2R844 ng/ml, PA0.2ng/ml, γ -Smng/ml, PAPng/ml, HCG β サブユニット0.1ng/ml。検尿一般異常なし。胸部X線写真：右肺門部陰影。頸部、胸部CT写真：頸部・縦隔・肺門リンパ節転移、癌性リンパ管症。

腹部CT写真：転移性肝腫瘍、腹部リンパ節腫大、骨転移。画像上悪性リンパ腫疑い。
心電図：洞性頻脈

【入院後経過】

2001年3月6日入院、食欲不振、強い腰痛を認めた。3月7日腹部腫瘍に対し開腹生検施行、上皮性癌の転移の所見であった。CT画像で認める転移の拡がりから、精巣腫瘍も疑われ泌尿器科的に精査したが、否定的であった。3月19日頃より呼吸困難感も出現、血小板減少などDICの所見もみとめた。3月25日朝血圧急速に下降死亡した。

【看護経過】

【患者紹介】

神戸にてひとり暮らし、道路工事関係の会社に就職していた。趣味はドライブで性格は内向的でおとなしい。札幌に両親と弟・妹が在住、横浜に姉がいて、両親が高齢のためキーパーソン的存在だった。

【看護の経過】

腰痛、心窓部痛、食欲不振などにより、兵庫県内の病院にて検査の結果、悪性リンパ腫の疑いで化学療法の必要があるとの説明を受けた。本人と

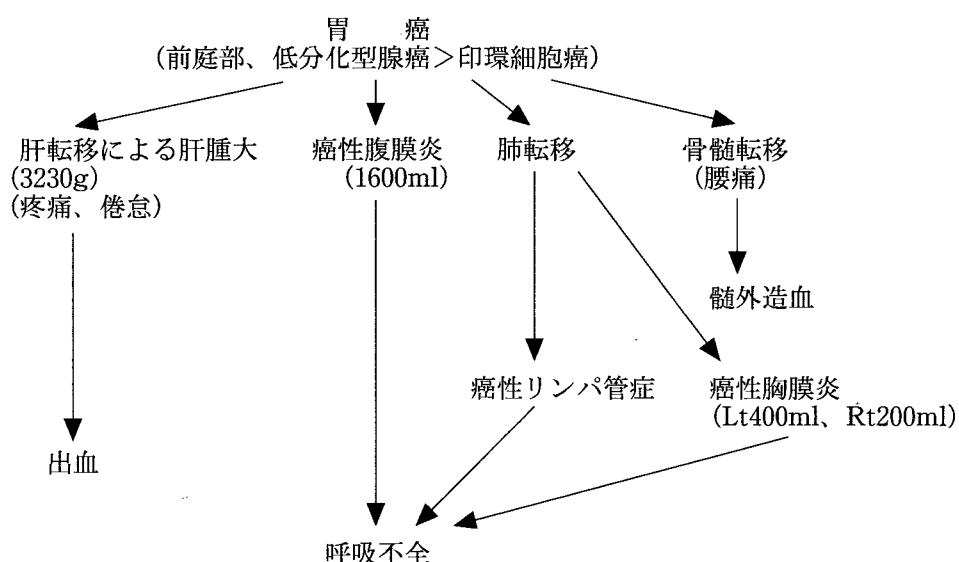
家族が相談し、両親のいる札幌での治療を希望され当院へ入院となる。当初より腰痛のためADLの障害が予想され、疼痛緩和を第一に看護に努めたが、癌性疼痛は日増しに増強し、入院3日目よりMSコンシンの内服が開始された。しかし、除痛が図れず、廊下の隅で一人痛みに耐えている姿を見かけ、その都度寄り添い不安な気持ちや苦痛を表出できるように働きかけた。家族は急速に悪化する状況下で、これ以上の苦痛を与えることに不安を表し、患者本人に病状・治療の説明をすることに否定的であった。肉親が抗癌剤療法で苦しんで亡くなった方を経験しているため、治療にも消極的だった。しかし、何度かの話し合いの結果「予後を話さないのなら治療方針を伝えてもよい」との同意を得て、本人に化学療法について説明された。看護は急変に備えた観察と、身体的・精神的安静を図るため苦痛の除去に努め、統一した看護ケアを行った。外泊ができたこともあったが、化学療法が行われないまま亡くなった。

【臨床上の問題点】

腫瘍の原発巣不明

急性呼吸不全の原因不明

【病理チャート】



【看護上の問題点】

- # 1 全身転移に伴う癌性疼痛によるADL障害
- # 2 告知後の不安・全人的な疼痛
- # 3 化学療法に伴う副作用出現の可能性
- # 4 呼吸不全による全身状態の悪化

【病理解剖組織診断】

460

1. 胃癌（前庭部、低分化型腺癌>印環細胞癌）
浸潤転移：肺、胸膜、肺、腎、腹膜、骨髄
リンパ節：両側肺門、頸部、縦隔、傍大動脈

【看護の教訓】

患者の疼痛を全人的な痛みと捉え、今回のケースのように展開が急速であればあるほど情報を的確に捉えてアクセルメントする必要がある。また、本人や家族への告知と自己決定によって、治療に協力してもらう必要がある。特に精神的な混乱状況、不安に陥っている患者に対し、看護はこのような気持ちを理解し、患者の言葉を代弁して家族や他のチームメンバーに伝えていくことが心の支えとなり、有効な治療への援助と考える。

【キーワード】

告知と自己決定権：医療の現場で癌の告知が必要になるが、特に進行癌で予後不良の場合には患者と家族を含めた告知と自己決定権の問題が生じる。正しい自己決定権の行使には患者本人への予後を含めた正確な告知が必要となるが、家族や石のパートナリズム（父親的温情主義：患者を絶望的な気持ちから守るという理由での一方的な思いやり、お節介）により、特に家族主義的な日本においてしばしば告知が困難となる。医師には家族の意向に反して告知を行うと家族との信頼関係をそこない最悪の場合は訴訟にも発展するというジレンマがある。

【病理から臨床へ】

胃の潰瘍と思われた部分に低分化型腺癌>印環細胞癌の上皮内病変を示し、これが原発と判断します。全身に広範な転移を示し、肺内の腫瘍も転移と考えます。肺に癌性リンパ管症を示し、これによる呼吸不全が死因となった可能性があります。脾臓に髓外造血を示します。組織学的にDICは明らかではありません。

【臨床の教訓】

広範なリンパ節転移を来たした原発不明癌、経過が急速であった。家族、本人へのICに手間どり、迅速な対応ができなかった。緩和ケアの点から末期癌の呼吸不全に対する有効な手段の健闘が必要と思われた。