

社会保険総合病院 第12回C P C

日付 2002年3月25日 場所 札幌社会保険総合病院 2階 講義室

「C型肝硬変と肝癌と食道静脈瘤破裂」

報告者	臨床経過	内科医師	岡本 敏哉	司会	内科部長	小野 百合
	看護経過	3西Ns	長浜亜紀子		病理部長	高橋 秀史
	病理解剖所見	病理部長	高橋 秀史			

症例 S. Hさん 58歳 男性

【臨床経過】

全身倦怠感、食欲低下

【家族歴】

特になし

【既往歴】

49歳アキレス腱断裂にて手術、54歳声帯ポリープ手術、66歳大腸ポリープにてポリペクトミー。

【現病歴】

平成10年11月25日よりC型肝硬変にて当院通院、上部消化管内視鏡検査にて中部食道に及ぶ食道静脈瘤F2（数珠状の中等度の静脈瘤）、発赤所見は全くなし。平成11年5月6日腹部超音波検査にて肝S5/8に腫瘍を認め、6月30日肝部分切除術施行。9月13日退院。平成11年10月28日、平成12年1月27日、3月23日、10月12日、平成13年1月9日、上記の腹部造影CTにては再発と腹水なく、食道静脈瘤を認めた。平成13年3月2日腹部CTにて多発する肝細胞癌の再発を認め、3月8日よりUFT内服開始。3月13日右肝動脈より肝動脈塞栓療法施行（ファルモルピシン40mg+リピオドール8ml）。5月8日左胃動脈より分岐した左外側区域枝より肝動脈塞栓療法施行（ファルモルピシン30mg+リピオドール3ml）。6月21日腹部造影CTにて、ActiveHCCと腹水増加、拡張した食道静脈瘤を認めた。7月27日より30日全身倦怠感著明に

て入院。8月16日腹部造影CT：明かな肝細胞癌の所見を認めず、腹水減少、食道静脈瘤の拡張は前回CT同様であった。

【入院後経過】

平成13年9月10日肝不全の進行による全身倦怠感、食欲低下のため入院。アミノレバン補液、利尿剤などで治療したが徐々に全身状態が悪化。総ビリルビン20mg/dlと上昇し、傾眠状態となった。10月15日食道静脈瘤破裂によると考えられる大量吐血を来し永眠された。

初回手術時検査所見：ICG27%，Alb3.7，T-bil0.9，

PT148%，腹水無し、臨床病期I

病理検査所見：中分化型肝細胞癌、

EdII-III trabecular-acinar type, Mt(2) 4×4×3cm, 1×1×1cm, eg, fc(-), sf(+), s0, vp0, vv0, h0, im1, p0, tw+, 72（完成された肝硬変）

【生活歴】

喫煙歴4本/日 飲酒なし。

アレルギー：なし、

輸血歴：あり（肝切除術時のみ）

【入院時現症】

身長157cm、体重46.7kg、血圧106/70mmHg、脈拍80/min. 整、体温36.0℃。

【入院時検査所見】

WBC3920/ μ l (neu74%, iym18%, mon7.0%, eos 1.0%, bas0.0%) , RBC232 $\times 10^4$ / μ l, Hb9.9g/dl, Ht28.1%, plt7.2 $\times 10^4$ / μ l, TP6.8g/dl, GOT41IU/l, GPT28IU/l, T-bil2.6mg/dl, BUN 35.2mg/dl, Cr1.5mg/dl, Na137mEq/l, K4.4mEq/l, Cl100mEq/l, CRP0.6mg/dl, HBsAg (-), HCVAb(+), PIVKA-2:130mAU/ml, AFP : 38.7

【看護経過】

【患者紹介】

元小学校教師。定年退職後は無職。妻と東京在住の二人の息子の4人家族。性格は几帳面で毎日日記を書く。話し好き。

【入院後の経過】

平成13年3月頃より、倦怠感や食欲低下が持続、自宅では度々転倒し、家族が勧めても入院を拒否していたが、9月10日に入院を希望し一人で来院。入院後は安全確保を第一に、病室はトイレに近い部屋として歩行は介助し、転倒防止に努めた。食事度々変更し、「妻の手料理が一番」と話から、病院食にとらわれず家族に差し入れを許可したところ、食欲は回復した。9月20日頃より、歩行は安定し、倦怠感の訴えも減り、表情も明るくなったので、外出・外泊を勧めたが、「こんな状態で帰っ

たら家族に心配がかかる」「もう少し食べられるようになってから」と外出もされなかった。10月に入り黄疸が増強。臥床傾向となった。病状に対する不安の言葉もきかれ、医師との面談で「一泊あれば行ってこられるから家に帰りたいなあ。」と話された。肝不全の進行による意識の混濁があり、ナースステーションに近い病室に移し、訪室を強化し、異常の早期発見に努めた。10月12日医師より病状悪化、急変の可能性などが説明されたが、妻は「そんなに悪いと思わなかった」と話された。翌日より兄弟や息子さんの面会があった。10月15日11時に患者の希望から、家族を病院に呼ぶが、「眠っていたから」と帰宅された後、12時15分に吐血し、12時35分に永眠された。

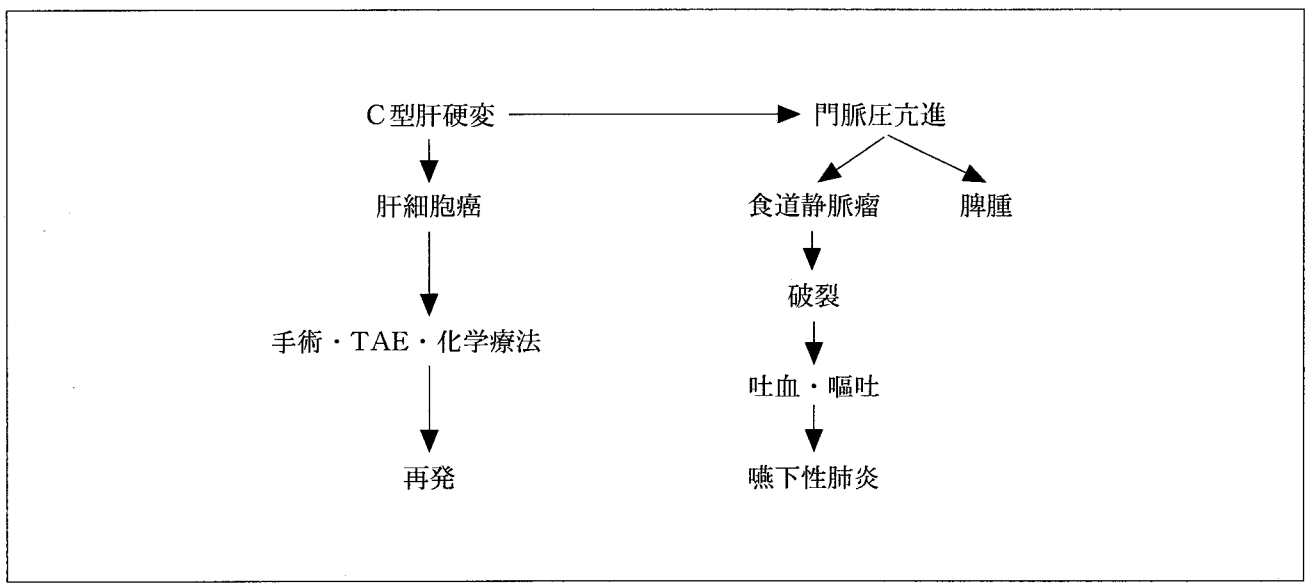
【臨床上的問題点】

- 1) 肝硬変、肝細胞癌の状態
- 2) 食道静脈瘤破裂の有無

【看護上の問題点】

- 1. 入院時：
 - # 1. 転倒のリスク状態、
 - # 2. 食欲不振による栄養の低下
- 2. 症状小康時期：
 - # 1. 体力の低下があり外泊に対する自身が持てない、
 - # 2. 病状に対する不安

【病理チャート】



3. 意識混濁時期：

- # 1. 異常の早期発見、
- # 2. ADLの低下、褥創のリスク状態

おり定期的な上部消化管内視鏡検査を行う必要性があったと考えられた。

- 3) 肝動脈塞栓療法が肝不全を助長した可能性はあり、肝硬変合併肝癌の治療の難しさを考えさせられた。

【病理解剖組織診断】

#474

病理組織学的診断

- 1. 肝癌術後再発：中分化型肝細胞癌
転移：肝内のみ
- 2. 肝硬変
- 3. 門脈圧亢進症（食道静脈瘤、脾腫）
- 4. 誤嚥性肺炎
- 5. 動脈硬化（高度）

【看護の教訓】

終末期の看護において、患者の希望をかなえるためには、患者の病状を十分に理解し、家族が患者の状況を理解できるように情報提供が必要である。そして、家族の状況や環境を理解し、タイミングを逸することなく細心の注意をはらってサポートすることが重要である。

【キーワード】

C型肝炎：通常、ウイルスは排除されず、持続感染で20～30年の経過で肝硬変、肝癌に進行するものから慢性肝炎のままで終わるものもある。ウイルスの型によってIFNが有効で肝癌の発症を低減できる場合がある。

TAE (transcatheter arterial embolization、肝動脈塞栓術)：肝癌が門脈血流に依存しない特性を利用して動脈血流を塞栓物質（リピオドールなど）により阻血させ、腫瘍を壊死に陥らせる治療法。このほかの治療法として、外科的肝切除、エタノール局注療法、経皮的マイクロ波凝固療法、ラジオ波凝固療法などがある。

【病理から臨床へ】

肝硬変を背景に、胆汁産生を伴う偽腺管形成を示す異型肝細胞の増殖を示し、中分化型肝細胞癌の所見です。TAE後の再発と考えます。肝内転移を認めます。脾腫と食道の拡張した静脈を認め、門脈圧亢進症を示します。肺内の気管支～細気管支に食物残渣を認め、吐血に伴う嚥下性肺炎が示唆されます。

【臨床の教訓】

- 1) 非代償性肝不全による腹水貯留を来しており、腹部膨満感が強かったが疼痛コントロールが十分とは言えなかった。
- 2) 初回手術時より肝硬変、食道静脈瘤を認めて