

社会保険総合病院 第17回C P C

日時 2003年3月24日 場所 札幌社会保険総合病院 2階 講義室
「抗好中球細胞質抗体（MPO-ANCA）関連血管炎 — 肺胞出血と腎不全」

報告者	臨床経過	総合医療部	臼井 勝也	司会	リウマチ科部長	大西 勝憲
	看護経過	4 西Ns	三谷 和美		病理部長	高橋 秀史
	病理解剖所見	病理部長	高橋 秀史			

症例 Aさん 73歳 女性

【臨床経過】

【主訴】

呼吸困難、血痰

【現病歴】

平成14年10月27日より呼吸困難、微熱、血痰が出現し近医にて抗生剤の点滴を受けた。10月30日に右肺炎疑いにて札幌厚生病院紹介受診となり、胸部CT検査において右肺3/4に肺胞出血を認めた。BUN 76mg/dl、Cr 4.7mg/dl、Hb 6.2g/dlと腎不全と貧血も認められ、膠原病疑いにて同日当科紹介入院となった。

【既往歴】

平成10年：気管支拡張症

【家族歴】

特記事項なし

【入院時現症】

Ht 147cm, Wt 44.6kg, HR 70bpm, BP 160/90mmHg, KT 36.7℃, 眼瞼結膜に貧血あり、眼球結膜に黄疸所見を認めず、胸部聴診上右肺にラ音あり。腹部聴診・触診上異常なし。

【入院時検査所見】

WBC 9690/ μ l (N.89.4%, L.8.3%, M.1.8%, E.0.3%, B.0.2%), RBC 223×10^4 / μ l, Hb 6.2

g/dl, Ht 18.4%, Plt 30.2×10^4 / μ l, ESR 150mm/h, CRP 14.8mg/dl, TP 7.4g/dl, Alb 3.3g/dl, T-Bil 0.3mg/dl, GOT 15 IU/l, GPT 9 IU/l, γ -GTP 19 IU/l, LDH 261 IU/l, ALP 231 IU/l, ChE 219 IU/l, CPK 62 IU/l, BUN 69.5 mg/dl, Cr 4.34mg/dl, Na 134mEq/l, K 4.0 mEq/l, Cl 104mEq/l, FBG 174mg/dl, PT 11.8s, %PT 71%, PT-INR 1.17, APTT 41.6s, MPO-ANCA 527, ANA 1:40, aSS-A 6.2, aSS-B(-), aSm(-), aRNP 6.8, aScl-70 5.7, RF 5, a-centromere(-), aDNAAb(-), PR 3-ANCA(-), IC-C1q(-), IC-RF 5.7, aGBM-Ab(-), 尿所見; pH 5.0, 比重1.018, prot.(+), sugar(+), occ.(+), (BGA): 酸素2Lカスラにおいて、pH 7.373, PaCO₂ 26.0, PaO₂ 66.2, HCO₃ 15.1, BE -8.7, SaO₂ 93.1%

CXp: 右肺野全体に肺胞性陰影が認められた。

胸部CT: 右肺の約3/4に肺胞出血が認められた。

【入院後経過】

10月30日入院日より酸素8L (80%) インスピロンマスクに変更し、ステロイド治療開始した。10月31日から血漿交換療法と透析を開始し、抗生剤の点滴もはじめた。自覚症状は全身倦怠感と体動時の息苦しさ程度であった。11月7日の胸部CTにおいて両肺に胸水が認められた。11月9日より安静時の呼吸困難（酸素10Lマスクにて）が出現し11月10日に気管内挿管施行しレスピレーター管理と

なった。11月11日よりシベレスタットナトリウム（好中球エラスターゼ阻害剤）投与開始（14日間）。11月13日には FiO_2 1.0と呼吸状態が悪化したが、その後次第に呼吸状態は改善傾向となり、11月16日には FiO_2 0.5となった。11月19日に抜管を試みたが、酸素10Lマスクで PaO_2 52と低値であったため同日再挿管施行し再度レスピレーター管理となった。この頃より血小板減少が進み、血小板輸血を繰り返したが、血小板数は1万～2万程度であった。週に3回の透析で除水を行ったが尿量は減少し全身の浮腫は増悪した。11月24日頃よりX-pにて左肺のうっ血像が出現し、12月6日より肝機能が悪化し多臓器不全により12月9日死亡。

【看護記録】

患者紹介：A氏は元教員。キーパーソンの夫と二人暮らし。趣味の書道などでライフスタイルを大切にしていた。

経過：第1期（入院から挿管するまで）

＃1 肺胞出血によるガス交換の障害があるに対しては、全身状態、症状の観察と異常の早期発見に努めた。安楽位を保持し、身の回りの物を手の届く範囲内に置き、呼吸困難感の軽減に努めた。

＃2 呼吸困難による不安に対しては、訪室を頻回に行い、訴えの傾聴に努めた。

＃3 入院による日常生活パターンの障害に対しては、患者様の自尊心を尊重し、呼吸状態を観察しながらケアを行い、普段の生活により近づけるように援助した。入院前の生活習慣を維持していけるように環境を整えるように努めた。

第2期（挿管してから永眠まで）

＃4 人工呼吸器の管理と全身状態の観察に努めた。血小板の減少により、全身に出血斑が出現したため、検査データの変化に注意し、全身状態と出血の兆候に注意して観察した。また体位交換時、皮膚に強い圧がかからないように注意した。

＃5 エアーマットを使用し、体位交換。清拭時常に、褥創の好発部位の確認。また、バスタオルは使用せず体位交換を行った。

＃6 病状悪化に伴う家族関係の障害には、夫婦の時間を作れるような環境に配慮した。患者様の状態を報告し、処置の際は夫に、患者様の苦痛な表情をなるべく見せないようにするなど夫のことを配慮しながら看護ケアを行った。

【臨床上の問題点】

- ① 肺胞出血の範囲と程度、肺炎の有無について
- ② 半月体形成性腎炎の有無、間質性病変の有無
- ③ 急性肝障害の原因
- ④ TTP、DIC の病理学的裏付けの有無

【看護上の問題点】

第一期：＃1 肺胞出血によるガス交換の障害

＃2 呼吸困難感による不安

＃3 入院による日常生活パターンの障害

第二期：＃4 生命の危機

＃5 長期臥床による褥創の危険がある

＃6 病状悪化による家族関係における障害

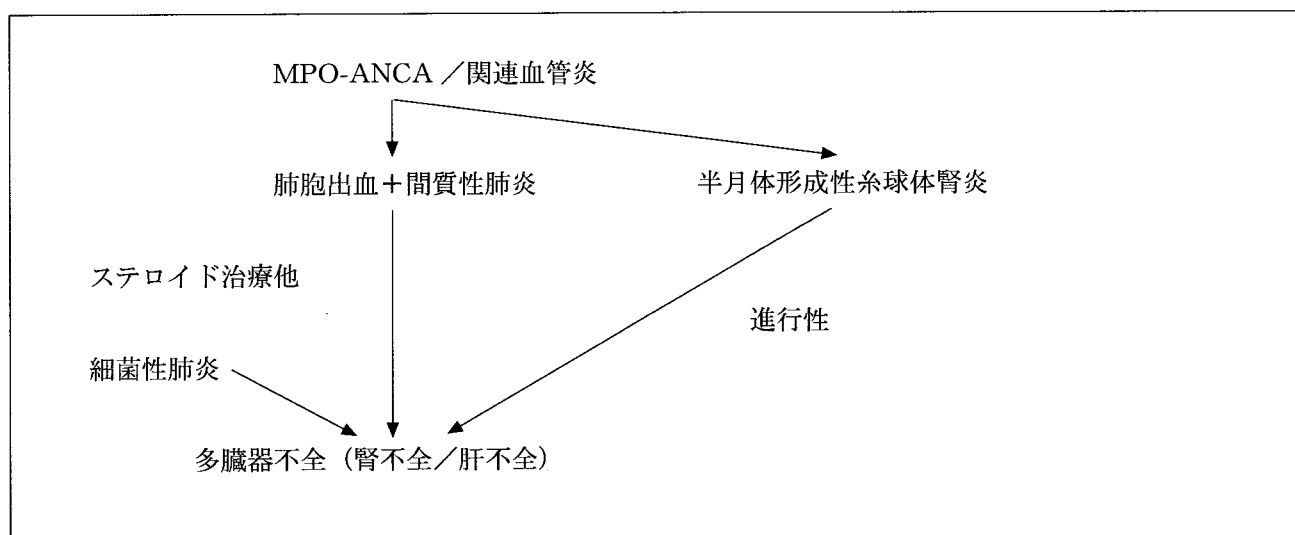
【病理解剖組織診断】

1. びまん性肺胞出血＋間質性肺炎＋細菌性肺炎（左下葉）＋胸水
2. 出血傾向 皮膚、肺、大腸、肝臓、腎
3. 急性肝障害（小葉中心性壊死）
4. 半月体形成性腎炎＋糸球体硬化
5. 動脈硬化（冠動脈、大動脈）

【キーワード】

MPO-ANCA：抗好中球細胞質抗体の1つで、好中球内顆粒のミエロペルオキシダーゼ（MPO）に対する自己抗体。p-ANCAとも呼ばれ蛍光抗体法にて核の辺縁に染まる。顕微鏡的多発血管炎、Churg-Strauss症候群、半月体形成性腎炎などで陽性になることが多いとされる。

【病理チャート】



【病理から臨床へ】

MPO-ANCA関連病変として、肺にびまん性肺胞出血と間質性肺炎、腎に広範な半月体形成性腎炎と糸球体硬化を示す。ほかの臓器に出血傾向を示すが、血管炎は明らかではありません。肺には部分的な細菌性肺炎も認め、呼吸不全が死因と考えられます。肝臓は広範な小葉中心性の出血壊死を示します。薬剤、虚血などの可能性があります、血管炎や感染は明らかではありません。肺、腎にDICとして矛盾しない組織像を示します。

【臨床の教訓】

診断時にはすでに肺胞出血と急性腎不全が進行しており、早期発見、早期治療が大切である。

シベレスタットナトリウム（好中球エラスターゼ阻害薬）の早期投与をすべきであった。

【看護の教訓】

患者様を全人的に把握し、ニーズに対して可能な限り看護介入を行うことにより、その人らしいライフスタイルに近づけることができ、落ち着いて入院生活を送ることができた。病状の悪化から様々な合併症を引き起こすため、病状に応じた看護ケアがいかに大切か再確認させられた。家族への精神的援助を重要視し、ニーズに対応して援助出来るように信頼関係を築いていかなければならない。