

CPC (平成16年度前期)

札幌社会保険総合病院 第23回CPC

日時 2004年5月24日 場所 札幌社会保険総合病院 2階 講義室

「血栓性血小板減少性紫斑病 (TTP) が疑われた急死症例」

報告者 臨床経過 研修医 佐藤 那奈 司会 内科部長 大西 勝憲
看護経過 4西Ns 丹羽りえ子 病理部長 高橋 秀史
病理解剖所見 病理部長 高橋 秀史

症例 Aさん 47歳 男性

【臨床経過】

〈主訴〉

発熱、腰痛

〈現病歴〉

2003年1月17日より発熱し、腰痛が出現した。21日には頭痛も認め、22日近院受診し、感冒として処方を受けたが39~40℃の発熱は持続し、食欲不振も認めた。25日の受診時には血小板が7.4万/mlと低下し、GOT 63IU/l GPT 82IU/l と軽度肝障害があり、26日某総合病院救急外来に紹介受診された。このとき血小板4.7万、GOT 91IU/l GPT 96IU/l LDH 864IU/l BUN 15.79mg/dl Cr 1.31mg/dl と腎不全の徴候も認めた。同日16:30、血小板減少と肝、腎障害はあるものの、確定診断がつかない状態で当院に搬送された。

〈既往歴〉

特記事項なし

〈家族歴〉

特記事項なし

〈生活歴〉

喫煙歴 20本/日×30年、飲酒歴 (ビール) 500ml/日×30年、アレルギー歴 (-)、輸血歴 (-)

〈入院時現症〉

身長170cm、体重80kg、血圧140/90mmHg 心拍数72/min、体温39.6℃、眼瞼結膜に貧血なし、眼球結膜に黄疸なし、口腔内異常なし、甲状腺腫大なし、頸部リンパ節腫大、〈胸部〉呼吸音異常なし、心収縮期雑音 Lev. II、〈腹部〉肝脾腫大なし、〈四肢〉浮腫なし、〈その他〉胸骨叩打痛(+)、骨盤叩打痛(+)、下肢骨叩打痛(+)

〈入院時検査所見〉

末梢血：WBC 2610/ul (Neu.56.0%, Lym.38.0%, Mo.4.0%, Eo.2.0%, Baso.0.0%) RBC 410×10⁴/ul Hb 12.4g/dl Ht 35.4% Plt 1.7万/ul RET 4%
凝固線溶系：PT 23s, %PT 26%, PT-INR 3.03 APTT 89.6s, Fib 50mg/dl未満, FDP320pg/ml, ESR 14mm/h

生化学：TP 6.5g/dl Alb 3.4g/dl T-bil 1.9 (D-Bil 1.4) GOT 149IU/l GPT 97IU/l LDH 2162IU/l γ -GTP 137U/l CK 1850IU/l BUN 23.0mg/dl Cr 1.12mg/dl Na 135mEq/L K 4.2mEq/L Cl 94mEq/L UA 6.1mg/dl CRP 15.5mg/dl ミオグロビン 1200ng/ml フェリチン 27350ng/dl ハプトグロビン2-2型 62mg/dl

尿一般：比重1.032 蛋白(300)、糖(100)、潜血(3+)

〈胸腹部CT〉

(11/27) 両側上肺に軽度肺炎あり。その他、特記事項なし。

〈入院後経過〉

26日PTの延長、フィブリノーゲンの著減、血中FDP P320など、厚生労働省DICscore13点であり、DICと診断した。ただちにフサン、AT-3の点滴を開始した。また、呼吸状態が悪化し、CT施行したところ、両側上肺の軽度気管支肺炎と診断し、抗生物質投与を行った。27日BUN 43.2mg/dl Cr 2.57mg/dlと腎不全が悪化。赤血球fragmentationがあり、①血小板減少、②動揺する精神神経症状、③腎障害、④発熱、⑤細血管傷害性溶血性貧血のTTPの5徴候を認めたためTTPと診断し、血漿交換と血液透析を行った。血漿交換直前より意識レベルがJCS 3点（自分の名前、生年月日が言えない）に低下した。同日23時にはJCS100（痛み刺激に対し、払いのけるような動作をする）となり、ソルメドロール1000mgを静脈注射し、28日0時にはカコージン3 ml/h投与開始したが、同日1時32分に心拍数が160台から90まで一気に下降し、心室細動（VT）が出現した。直ちに心臓マッサージ、アンビューを開始するが、1時40分には心停止となる。心マ続行し、カコージンを2 cc、5 ccとパルスするが心拍は戻らず28日午前1時48分に永眠された。

【看護経過】

発熱・悪寒強く、電気毛布と湯たんぽ使用で対処し、発熱時指示の点滴を投与した。発汗時にはベッド上清拭・寝衣交換を行った。腰痛に対し安楽な体位の工夫に努め、疼痛時指示の坐薬を使用した。坐薬無効時は医師と相談し、鎮痛薬の変更を検討し「腰の痛みは和らいだ」との言葉が聞かれた。

Aさんには、病状や処置について疑問や不安があればいつでも伝えるよう説明し、頻回に訪室して関わった。疼痛が強い時にはナースコールしてもらうよう説明した。

11月26日PLT値17000であり、観察に努め、出血に十分注意した。排便時には出血する危険性があるため力みすぎないように説明した。尿道留置カテーテル留置、心電図モニター装着し、バイタルサインズ、SpO₂値、尿の性状、意識レベルなど全身状態の観察を行った。

状況について妻に医師からI.C.がされ、「わかりました」との言葉が聞かれたが、表情は困惑していた。妻の不安を取り除くため、処置や病状について

説明を行ない、不安を表出しやすい存在となるよう意識的に関わった。病態に関しては、妻が不安を抱えていることを医師に伝え、状況を把握できるよう医師からの十分な説明を受けられるよう調整した。

11月27日に血漿交換施行されたが、意味不明な言動が聞かれ、意識レベルがJCS II-30まで低下し、看護師の問いかけに対し自分の名前を答えられなくなった。その後も訪室すると目の焦点は合わず、自分の仕事に関する話をうわ言のように繰り返し話していた。そのため頻回に訪室し全身状態の観察を行い、異常の早期発見に努めたが、その後呼吸状態悪化し、医師に状態を報告した。11月28日1時32分より蘇生試みるが効果なく、1時48分に心停止し永眠される。

【臨床上の問題点】

血栓性血小板減少性紫斑病（TTP）とDICを合併したと考えるが、血栓症及び出血臓器はあったか
腎病変（腎不全）とTTP/DICとの関係
肝炎とTTP/DICとの関係
筋炎とTTP/DICとの関係
TTPの原因疾患は何であったか

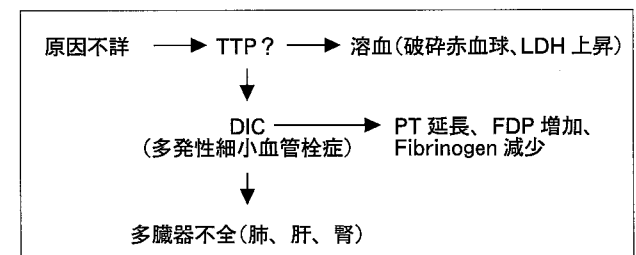
【看護上の問題点】

- # 1 血栓性血小板減少性紫斑病（以下TTPとする）に起因した発熱・腰痛があり苦痛である
- # 2 TTPによる生命の危険

【病理解剖組織診断】

- 1 血栓性血小板減少性紫斑病（疑い）+DIC 血管内の血小板血栓（肺、腎）
- 2 肝腫大：急性肝障害（巣状壊死）+脂肪肝
- 3 急性腎不全（微小血栓）
- 4 脾腫（うっ血）
- 5 肺のうっ血水腫+出血

【病理チャート】



【キーワード】

血栓性血小板減少性紫斑病 (Thrombotic Thrombocytopenic Purpura) : 溶血性貧血、血小板減少、神経症状、発熱、腎障害を主症状とする。成因は不明だが、微小循環内での溶血と血小板血栓形成により引き起こされると考えられる。

播種性血管内凝固症候群 (Disseminated Intravascular Coagulation) : 腫瘍、出血、感染などにより、全身の細小血管内に血栓が形成され、その結果、凝固因子、血小板の消費性減少と線溶の活性化が見られ、各種臓器の虚血性機能不全と出血傾向が現れる。

【病理から臨床へ】

両肺の血管内に多数の CD61(+) の血小板血栓を認め、糸球体にも微小血栓を示し、組織学的に多発性細小血管血栓症の所見です。TTP では心、腎、副腎、肝、脾などに血栓を認め、肺はないとされる。DIC では肺と腎に血栓を認める事が多く、本例も DIC と考えられるが、組織学的類似性からも DIC のみか、TTP+DIC かは区別は困難と思われます。肺は広範なうっ血や出血を示し、いわゆる心不全細胞を多数認めます。肝は部分的な壊死と広範な小葉中心の脂肪肝を示します。腸腰筋に炎症、壊死は示されません。死因として DIC (+TTP) による多臓器不全 (肺、肝、腎) と考えられます。

【臨床の教訓】

今回は転院してわずか 2 日で死亡されるまでの間、症状は刻々と変化し、診断も治療も時間との戦いであった。臨機応変で迅速な対応がいかに重要であるかを知り得た症例であった。

【看護の教訓】

急激な容態の悪化と死という経過をたどる場合、患者やその家族は計り知れない不安や戸惑いがある。それを軽減するための関わりとして、

1. 家族の不安や戸惑いに関して看護計画を立案し、精神的な援助・支援を行う必要がある。
2. 患者や家族が状況を少しでも受け止められるよう、説明の内容を理解できたかどうか確認し、理解が難しい場合はかみ砕いて再度説明を行っていく必要がある。