

札幌社会保険総合病院 第24回CPC

日時 2004年9月13日 場所 札幌社会保険総合病院 2階 講義室

「下部胆管の狭窄による閉塞性黄疸—その診断と治療」

報告者	臨床経過	内科部長	石塚 淳	司会	内科部長	石塚 淳
	看護経過	4東NS	佐藤 紘子		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 76歳 男性

【臨床経過】

〈現病歴・経過〉

多発性脳梗塞、高血圧、糖尿病、心房細動にて脳外科通院中に腎障害の進行を指摘、精査加療目的に当院腎臓内科に紹介となった。平成15年11月12日当院入院、糖尿病性腎不全から進行した末期腎不全と診断。11月25日の血液検査で T.Bil1.9Alp1162 γ -GTP962と上昇を認めたため、11月27日腹部CT検査(単純)を施行。肝内胆管拡張、膵頭部に腫瘍を疑う所見を認め12月2日、精査目的に当科へ転科となった。

〈主訴〉

皮膚掻痒感、倦怠感

〈既往歴・家族歴〉

40才台で糖尿病発症。平成7年1月脳梗塞

〈輸血歴〉

なし

〈生活歴〉

喫煙歴なし。飲酒 つきあい程度

〈入院時現症〉

身長165.7cm、体重58.3kg、血圧116/72mmHg、体温36.5°C。肉眼的黄疸を認める。腹部に肝脾触知せず。

〈入院時検査所見〉

WBC 5540/ μ l (neu 71.1%, lym 18.2%, mon 7.2%, eosino3.1%, baso0.4%), RBC 317 \times 10⁴/ μ l, Hb 10.5g/dl, Ht 30.8%, plt 23.1 \times 10⁴/ μ l, TP6.0g/dl, Alb 3.1g/dl, GOT 65IU/l, GPT 88IU/l, LDH 203IU/l, ALP 1520U/l, γ -GTP 1390U/l, ChE 186 IU/l, T-bil 5.8mg/dl, BUN 24.5mg/dl, Cr2.40 mg/dl, Na 135mEq/l, K 3.7mEq/l, Cl 98mEq/l, CRP 1.4mg/dl, HBsAg (-), HCVAb (-), CEA1.5 ng/ml, CA19-9 56ng/ml

〈画像検査〉

腹部CT(造影)：肝内胆管、総胆管拡張。膵頭部に造影効果に乏しい14mm大腫瘍。上腸間膜動脈狭小化。肝S6に腫瘍。超音波内視鏡(EUS)：膵頭部に20mm大の low echoic な腫瘍を認める。

〈入院後経過〉

画像所見より膵頭部癌による閉塞性黄疸と考えられた。急速な閉塞性黄疸の悪化を認め胆道ドレナージが必要であった。12月9日に内視鏡的胆道ドレナージを試みたが胆管へのチューブ挿入 (canuration) 不能。脳梗塞後遺症のためワーファリン、パナルジン、ペルサンチン内服を継続しており経皮経肝胆管ドレナージ (PTCD: percutaneous transhepatic cholangiople drainage) は出血の危険性が高く断念。12月16日に再度内視鏡的ドレナージを予定していたが、12月12日より急激な腎不全の悪化があり尿量減少。凝固系データの異常 (FDP1660, PT80.8,

APTT101.4) を認め DIC と診断。その後急速に全身状態は悪化し12月15日永眠。御家族の了承を得て病理解剖をさせて頂くこととなった。

【看護経過】

〈患者紹介〉

以前は放送局に勤務していた。家族構成は妻・長女と暮らしており、妻は入院中ほぼ毎日面会に来ていた。長男・次女は東京に在住していたが症状悪化後は面会に訪れ、長男が中心となって医師の説明を受けていた。

〈経過〉

1. 【転科時】

既往に多発性脳梗塞があるため理解力の低下が見られたが、検査説明や医師の説明は妻の面会時とし、本人が理解できるまで繰り返し説明し、また、妻の協力を得ながら検査が円滑にすすむよう援助した。日常生活はほぼ自立しており、見守りで過ごされていた。

2. 【病状悪化時】

転科後7日目より腹痛の訴えがあり、鎮痛剤を使用するようになった。本人は「なんか怖いなあ、尿も出づらい気がする。」と不安を訴えるようになった。病状や検査結果より、消化器内科、腎臓内科のそれぞれの医師から、「膵癌・肝転移があること」や「透析・手術が適応でないこと」「余命が1年程度」等、妻に説明された。「こんなことだとは思っていなかった。」と妻が涙ぐむ姿も見られた。しかし、転科後9日目より出血傾向が見られ DIC を併発した。急激な症状の悪化に伴い、家族へは再度医師より、「余命が1週間程度である」と説明された。このとき、長男も来院されており、妻と同様に激しく動揺した様子であった。

〈看護目標〉

- # 1 疼痛や不安などの苦痛が最小限ですむ、
- # 2 家族が本人の病状・余命を受け入れることができる
- # 3 急変に留意し観察、対応する。疼痛に対しては鎮痛剤の持続投与を開始した。家族の付き添いや面会を配慮し、病状変化時や不安の増

強時には医師の説明の機会を調整し、日常生活は家族と協力しながら援助した。

徐々に痛みの訴えは少なくなったが、同時に意識レベルも低下し、12月15日家族に見守られ永眠された。

病理解剖は息子と家族に説明されたが、「妻の意向に任せる。」との意見であり、後に妻の承諾を得ることができた。

【臨床上の問題点】

- # 1 閉塞性黄疸の原因疾患。
- # 2 DIC の原因。化膿性胆管炎を併発したのか？
- # 3 急速な腎不全の原因。

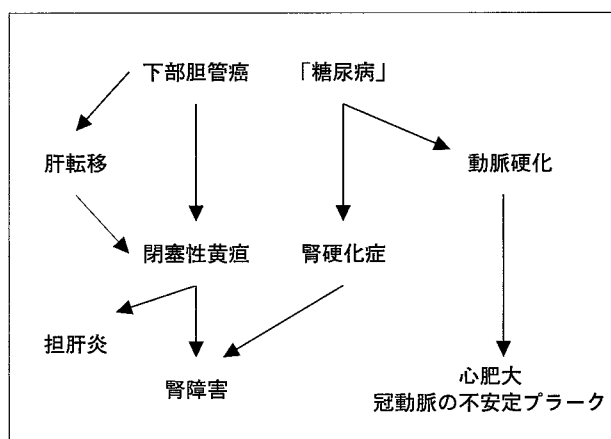
【看護上の問題点】

患者の急激な状態変化に対する家族の不安

【病理解剖組織診断】

- 1) 下部胆管癌 (低分化型腺癌)
肝転移
- 2) 胆管炎+胆囊炎+高度黄疸
- 3) 腎萎縮 (腎硬化症) + 黄疸腎
- 4) 動脈硬化
- 5) 「糖尿病」
- 6) 陳旧性胸膜炎
- 7) 心肥大 (虚血性線維化) + 冠動脈の狭窄 (不安定プラーク)
- 8) 前立腺肥大
- 9) 大腸腺腫

【病理チャート】



【キーワード】

閉塞性黄疸：閉塞性黄疸患者の治療に際しては胆道感染の合併に注意をしなければならない。急性閉塞性化膿性胆管炎に至った場合は敗血症やDICの合併により急激に病態が悪化し、死亡率は80%との報告がある。抗生剤の投与はもちろんであるが治療の第一選択はなにもおいても胆道のドレナージである。DIC=disseminated intravascular coagulation：播種性血管内凝固症候群：種々の重症疾患を背景に、全身の主として細小血管内に微小血栓をきたす症候群である。その結果、重篤な臓器障害や出血症状があらわれる。

【病理から臨床へ】

下部胆管の粘膜内病変と連続する低>中分化型腺癌の浸潤性増殖を示します。総胆管～胆嚢に周囲脂肪組織に及ぶ高度の好中球浸潤、壊死を示し、急性胆管炎を示します。

腎に糖尿病性変化は明らかではなく、腎硬化症の所見で、高度黄疸もあり肝腎症候群による腎不全が死因と考えられます。組織学的にDICの所見は明らかではありません。

【臨床の教訓】

胆道ドレナージが可能だったならば一時的でも状況は改善したかもしれない。出血のリスクがあってもPTCDを試みるべきであったのか。

【看護の教訓】

患者の病状の変化をその都度医師から説明され、家族がその変化を目前で理解し、受容することで、患者の急激な病状の悪化や死を短期間であっても家族が受け止めることができたのではないかと考えられた