

札幌社会保険総合病院 第26回CPC

日時 2005年2月2日 場所 札幌社会保険総合病院 2階 講義室
「進行肺癌の一例」

報告者 臨床経過 呼吸器科 西村 邦治 司会 内科部長 高岡 和夫
看護経過 看護師 西村 ゆき 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 69歳 男性

【臨床経過】

第1回入院：2004/01/21-01/22

第2回入院：2004/02/16-03/23

第3回入院：2004/04/23-05/01

〈主訴〉

労作時呼吸困難

〈現病歴〉

陳旧性肺結核、橋本病、高血圧、慢性胃炎のため、近医に通院中。2003/9より労作時息切れが増強、CEA高値(14.2ng/ml)と胸部異常影精査目的に12/19に当科紹介受診。CTで右胸膜肥厚、肺気腫と散在する索状影、縦隔#3、#7のリンパ節腫大あり。2004/1/21に気管支鏡施行し、気管分岐部リンパ節の吸引細胞診にてClass V, squamous cell carcinoma(扁平上皮癌)を得た。全身化学療法目的で入院。

〈既往歴〉

22歳時：肺結核にて右肺上葉部分切除。

58歳頃：高血圧。63歳頃：橋本病。

〈生活歴〉

Allergy：ピリン禁, Smoking：40本/day, 20歳～64歳, Brinkmann Index 1800, Alcohol：(-)

〈入院時現症〉

172cm, 105kg, BP 180/100mmHg, HR 106bpm, KT 36.8°C, SpO₂ 92% (Room air)

〈検査所見〉

WBC 6680/ μ L (Neu 60.0%),

RBC 463 $\times 10^4$ / μ L, Hb 14.0g/dL, Ht 42.4%,

Plt 17.7 $\times 10^4$ / μ L, PT 11.5", PT-INR 1.10, APTT 32.2", Fbg 387mg/dL, TP 8.8g/dL, T-Bil 0.6mg/dL, ALP 205IU/L, GOT 42IU/L, GPT 35IU/L, LDH 279IU/L, γ -GTP 14IU/L, ChE 252IU/L, CPK 178IU/L, Amy 253IU/L, T-Cho 208mg/dL, BUN 15.0mg/dL, Cr 0.88mg/dL, Na 142mEq/L, K 4.0mEq/L, Cl 99mEq/L, Ca 9.3mg/dL, BS 96mg/dL, CRP 0.9mg/dL, CCr 95.6mL/min, CEA 14.3ng/mL, 1CTP 3.5ng/mL, CA125 497U/mL, CYFRA 12ng/mL, TPA 240U/L, SLX 47U/mL

〈心電図〉

NSR, HR 86bpm, Q (-), ST-T change (-), S+R 2.8mV

〈胸部XR〉

両側肺に石灰化を伴う胸膜肥厚。右上肺野に2.5cmの結節影。両側下肺野に多発結節影。右縦隔突出。

〈動脈血ガス分析 (Room air)〉

pH 7.390, pCO₂ 54.4mmHg, pO₂ 60.6mmHg, HCO₃ 32.2mmol/L, SaO₂ 90.6%

〈呼吸機能検査〉

VC 1.74L, %VC 50.6%, FEV₁ 1.10L, FEV₁% 79.1%, 拘束性換気障害。

〈胸部CT 2/18〉

右胸膜に石灰化を伴う肥厚。両側肺底部に気腫性変化あり。#2, 3, 4, 7リンパ節腫大、最大44mm。右S4, 8に不定形の結節影。

〈腹部CT 2/17, 骨シンチ 2/18, 脳MRI 2/19〉

転移の所見なし。

〈入院後経過〉

全身精査の結果肺癌，squamous cell carcinoma，cT2N2M0，Stage IIIA と診断した。

2004/02/25～1クール目：CDGP 120mg/body (Day 1) + TXT 100mg/body (Day 1) 施行。

3/2 (Day 6) より白血球減少、腎機能障害出現。3/2 より白血球減少し、3/4 に WBC 670 (neu 161)/ μ L と grade 4 の neutropenia 認めたが 3/2-3/5 (Day 6-9) に G-CSF 投与し改善した。3/2 より Cr 2.65mg/dL の腎機能障害出現したが 1500 mL/day の補液により 3/17 の Cr 1.00mg/dL と改善した。腫瘍縮小効果は、3/17 の胸部 CT で治療前と変化なく、SD (Stable Disease) 評価。本人、家族と相談したところこれ以上の治療は希望せず紹介元の内科で外来 follow することとなった。4月上旬より発熱あり肺炎の診断で 4/7 T 病院入院、加療行ったが改善せず意識障害も出現したため 4/23 当院搬送、同日当科転院となった。右肺にびまん性の透過性低下と CRP 17.6mg/dL と高値あり肺炎にて TAZ 5g + ABK 200mg 投与したが改善認めなかった。入院時 JCS 2 だったが意識障害が急速に進行し、pCO₂ 47.5mmHg と高 CO₂ 血症は軽度だったが Ca 12.9mg/dL と高 Ca 血症認めた。意識障害の一因の可能性あるためアレディア 30mg 投与したが症状改善しなかった。4/26 より顔面の浮腫著明となり 4/30 より血圧低下、徐脈、下顎呼吸となり、5/1 8:05 死亡した。

【看護経過】

〈患者紹介〉

A 氏 69 歳。

キーパーソン：妻。妻、長男家族（嫁、子供 2 人）、次男との 6 人暮らし。

趣味：カラオケ、孫と遊ぶ。

性格：温厚で明るい、精神的に極端に弱い面を持つ。

〈看護経過〉

H16 年 2 月に、化学療法目的にて入院される。当初、「化学療法は、本当に自分に効くのか」といった言葉が多く聞かれ、治療そのものや、副作用への不安もあったが、すでに呼吸不全の症状とされる呼

吸苦の出現あり、呼吸苦の改善を 1 番に求めていた。化学療法では、副作用である嘔気・嘔吐、食欲不振、下痢症状が強く現れ、症状に対し積極的に早期に対処し苦痛の緩和を図った。治療して息切れが消失したら、色々なことに取り組みたいという、人生への前向きな希望もあり、治療意欲が減退せぬよう、呼吸リハビリ教室への参加を促し、呼吸リハビリを毎日継続して行うことは精神的負担の軽減に繋がったり、何よりも呼吸苦の症状の改善効果がある事を説明し、看護師と取り組むなどの関わりをもっていった。1クール目のケモの評価にて、治療効果認められず、今後は緩和医療の適応とされる事を、キーパーソンである妻と息子へ I・C し、家族との十分な相談の上、本人へは落ち込まないような説明をとの希望強く、家族の希望に合わせて本人へ I・C し退院した。4月肺炎症状悪化あり、当院へ再入院。食欲低下、発熱などで1日の殆どをベッド上での生活を強いられる状況であった。本人の苦痛をできるだけ早期に除去するよう努めていった。不穏症状悪化した時には、本人の最も一番身近な存在の家族への付き添いを依頼し、安心感を得てもらうようにした。また、ターミナル患者を抱える家族の動揺もみられ、ねぎらいの言葉をかけるなどの、医療者側からの家族支援に努めた。徐々にレベルも低下し 5 月 1 日永眠される。

【臨床上の問題点】

- # 1. 肺癌の遠隔転移を含めた進行度
- # 2. 肺炎の進展度
- # 3. 意識状態の増悪の原因 (CO₂ナルコーシス、高 Ca 血症など)
- # 4. 上大静脈症候群合併の有無

【看護上の問題点】

- # 1 抗癌剤治療の副作用出現による不安
- # 2 今後の自分の予後に対する不安
- # 3 全身状態悪化による身体的苦痛
- # 4 癌進行への不安
- # 5 ターミナル患者を抱える家族の不安

【病理解剖組織診断】

- 1 肺癌 (右上葉、低分化型扁平上皮癌)

浸潤と転移：心外膜（癌性心外膜炎 心嚢液100ml）、肝臓、腎（糸球体に、顕微鏡的）、骨髄

リンパ節転移：上大静脈後部、鎖骨上窩、肺門、胸部大動脈、

2 左室肥大

3 前立腺肥大

4 大腸炎（偽膜性腸炎疑い）

5 動脈硬化

6 橋本病

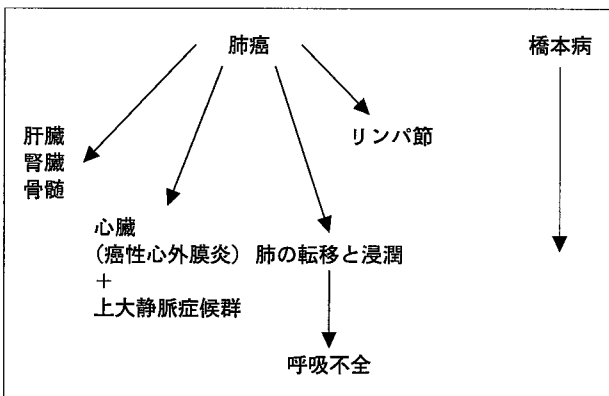
7 陳旧性肺結核（左肺に線維性癒着）

【キーワード】

肺癌の組織型：扁平上皮癌、小細胞癌、腺癌、大細胞癌、腺扁平上皮癌、などがある。

橋本病（慢性甲状腺炎）：びまん性の甲状腺腫大、抗甲状腺ミクロソーム抗体陽性、甲状腺機能低下（10%）などを示す疾患で、女性に多い（男：女＝1：15～20）

【病理チャート】



【病理から臨床へ】

角化傾向の乏しい、低分化型扁平上皮癌を右肺上葉中心に浸潤性増殖を示し、壁側と臓側の心外膜に浸潤します。両肺ともに脈管浸潤が目立ちます。呼吸不全が死因と考えます。上大静脈後部～心臓に腫瘍浸潤を示し、上大静脈症候群として矛盾しません。甲状腺にリンパ濾胞形成を伴う炎症を示し、活動性は低いと思われるが橋本病の所見です。

【臨床の教訓】

- # 1. 肺癌の積極的治療と緩和医療の融和
- # 2. 終末期肺癌患者の肺炎治療と苦痛除去

【看護の教訓】

- ①A氏にとって呼吸リハビリ教室の参加は、精神的安定や身体的苦痛の改善につながった。
- ②癌進行への不安が大きい患者へは、早期に症状の緩和をし安楽に療養生活を送れるよう、身体的・精神的支援を充実させる事が重要である。
- ③家族が落ち着いてターミナル期の患者を支援できるような関わりが必要である。
- ④一般病棟での緩和ケアの提供には、医療チームスタッフの一丸とした取り組みが重要である。