

札幌社会保険総合病院 第31回C P C

日時 2006年2月7日 場所 札幌社会保険総合病院 2階 講義室

「塵肺患者の肺癌」

報告者 臨床 研修医 土肥 勇

司会 呼吸器科 高岡 和夫

看護 3東NS 林 美智子・両角 恵枝

病理部長 高橋 秀史

病理 病理部長 高橋 秀史

【臨床経過】

主訴：発熱、全身倦怠感

現病歴：2004年10月下旬より全身倦怠感、38℃台の発熱出現し、近医受診。胸部レ線写真で肺炎像を認め、11月29日同病院入院となる。その後、抗生剤の投与を受けたが発熱が完全には治まらず、陰影も腫瘤陰影が明らかとなってきたため、精査・治療を求め、12月10日当科転院となった。

【既往歴】

虫垂炎手術・輸血後肝炎（23歳）

鉛を削る作業に従事（23～25歳）

脳梗塞（57歳）

【家族歴】

両親が胃癌で死亡。同胞1人が癌（詳細不明）

【生活歴】

喫煙：40本/日、20-55歳、アルコール：ウイスキー
コップ1杯/日

【入院時現症】

身長156cm 体重70kg 意識清明、血圧 130/50
mmHg 脈拍 76/分、整、体温37.0℃

眼瞼結膜に貧血を軽度認める。黄疸・頸部異常なし。心音・肺音異常なし。腹部異常なし。浮腫なし。

【入院時現症】

検尿：異常なし。WBC 8,660/ μ l (Neutrophil

69.3%) , RBC $411 \times 10^4 / \mu$ l, Hb 12.4g/dl, Ht 34.71%, Plt $33.7 \times 10^4 / \mu$ l, TP 6.4 g/dl, T-Bil 0.44 mg/dl, ALP 394 IU/l, GOT 20 IU/l, GPT 36 IU/l, LDH 148 IU/l, γ -GTP 262 IU/l, ChE 147 IU/l, Amy 99 IU/l, BUN 11.2mg/dl, Cre 0.75 mg/dl, Na 140mEq/l, K 3.9mEq/l, Cl 102 mEq/l, Ca 8.8mg/dl, BS 111mg/dl, CRP 10.97mg/dl, CEA 0.7ng/ml, 1-CTP 11.3ng/ml, SCC 0.5>ng/ml, CYFRA 3.3ng/ml, ProGRP 9.7 pg/ml, NSE 8.6ng/ml, SLX 73 U/ml

〈心電図〉異常なし。

〈呼吸機能検査〉

VC 2.76L (85.9%)

FVC 2.74L FEV1.0 2.19L (95.7%)

FEV 1.0% 79.8%

〈胸部レントゲン写真〉

右中肺野に5cmの腫瘤影と周囲に浸潤影。両側瀰漫性に網状粒状影。

〈胸部CT 05/1/18〉

右S3に5cm弱の境界不明瞭、辺縁不整で造影効果不均一な腫瘤、肺癌疑い。胸膜に広く接するが胸壁浸潤はなし。胸水なし。右肺門、気管分岐部、気管周囲に3cm以下のリンパ節腫大多発。両肺に嚢胞性変化、肺線維症。左肩甲骨、左腸骨、Th11に溶骨性変化と軟部腫瘤、骨転移。右副腎に25mmの腫

瘤、転移疑い。肝S6に2cmのLDA。

〈脳MRI 05/1/18〉

右側脳室体部にT1WI, T2WIでlow, 強い造影効果ある12mmの結節、転移疑い。陈旧性脳梗塞あり。

【入院後経過】

当初、肺炎主体と考え、前医のMEPM 1g/dayを継続したが、CRP 3.5までの低下がみられたものの、陰影を含めたそれ以上改善は見られず。肺癌を疑い、2005/1/12気管支鏡検査実施。擦過診(curettage)でclass V (adenocarcinoma)の診断を得た。全身検索では、転移を広汎な縦隔リンパ節、右副腎、肝S6、脳、左肩胛骨、左腸骨に認め、cT2N3M1 Stage IVと考えられた。

2005/1/27より化学療法CDGP 110mg (day 1) +TXT 85mg (day 1)を実施した。重篤な副作用は認めなかったが、S3の腫瘍縮小効果を認めたものの縦隔リンパ節は増大した。その間、症状は左背部痛増悪あり、1/17よりオキシコンチン開始したが、徐々に疼痛は改善し、2/21には中止し得た。その他の症状として周期的な発熱が見られたため、2/24よりPSL 10mg/dayを開始したところ解熱が得られ、腫瘍熱と考えられた。2/23には一時的に問いかけに反応無くなり、2/24には元に戻ったが脳MRIを撮ったところ、脳転移巣増大、周囲の浮腫増強が見られたため、放射線治療目的に3/2市立札幌病院放射線科転院した。

同科にて3/2～3/16 30Gy/10fの全脳照射、3/10～3/16の15Gy/5fの左腸骨への放射線療法を実施されたが、経過中、痛み増悪、意識レベルの低下傾向を認め、オキシコンチン20mg/dayとPSL 30mg/day投与を受け、3/18当科再入院となった。当科転科後は、一時SpO₂低下あり酸素投与も行なったがその後軽快した。疼痛コントロール目的にオキシコンチンより3/22からデュロテップパッチ2.5mgに変更した。腫瘍熱に対してはPSL 30mg/dayにて対処した。化学療法については、不穏、全身状態増悪、意識レベル低下あり困難と判断した。疼痛対策は、経口摂取出来なくなっからはオキシコンチン(20mg)からデュロテップパッチ(5mg)に変更

し、さらに塩酸モルヒネ(70mg/day)の持続注入に変更した。3月末から、意識障害と肺炎が出現し、対症療法を行なったが、4月7日5:33死亡された。

【看護経過】

【患者紹介】A氏 64歳 男性。元会社役員。キーパーソン：妻。家族構成：妻と息子2人(既婚者)、妻と二人暮らし。性格：真面目で優しい、口数は少ない。精神的に弱い面がある。

【看護経過】

平成16年11月近医で肺炎と診断され入院。病状の改善みられず当院紹介され転院となった。その後も発熱、全身倦怠感が持続し、ストレスを感じる様子もみられた。左背部痛も出現し、鎮痛への対応にあたった。1月12日のBFにて右肺腺癌が認められ、本人・妻へ告知、化学療法への不安も聞かれたが息子を同席した話し合いを再度設けたことで治療を決定された。化学療法による副作用では嘔気が出現、食欲低下著明で、補助食品をつけたり、妻の差し入れの摂取をすすめた。左上肢痛、腰背部痛に対してはオキシコンチンの内服が開始され、疼痛コントロールはついていた。

2クール目化学療法の検討中に脳転移が認められ、3月2日市立札幌病院に転院。治療を終え、当院へ転院されてきたときは、言葉が出にくく、妻の協力でA氏的意思を確認し、希望する援助を行った。夜間のみ不穏行動がみられ、坐車散歩や詰所に来てもらい語りかける時間をつくるなど、側にいる時間を多くした。またルート類を整理し、ウーゴ君の使用により危険行動の早期発見に努めた。全身状態低下の中、孫の誕生日に外泊させたいと家族の希望があり、電動ベッド等の環境を整え、バルーンカテーテルからオムツへ変更し外泊された。帰院後夜間に危険行動があり、妻の希望で24時間で付き添いを開始した。徐々に状態悪化し発語困難、妻からは会話できないつらさが聞かれるようになった。吸引など苦痛を伴う処置時は苦しめたくないという家族の希望を聞き、塩酸モルヒネを早送りして処置を行った。妻からは「早く楽にしてあげたい」との言葉も聞かれるようになり、妻の思いに傾聴し、夫の死への受け入れができるよう関わった。4月7日永眠。

【臨床上的の問題点】

- 1) 肺癌の進展状況
- 2) 肺癌病巣内の化膿症の状態
- 3) じん肺・肺炎の有無

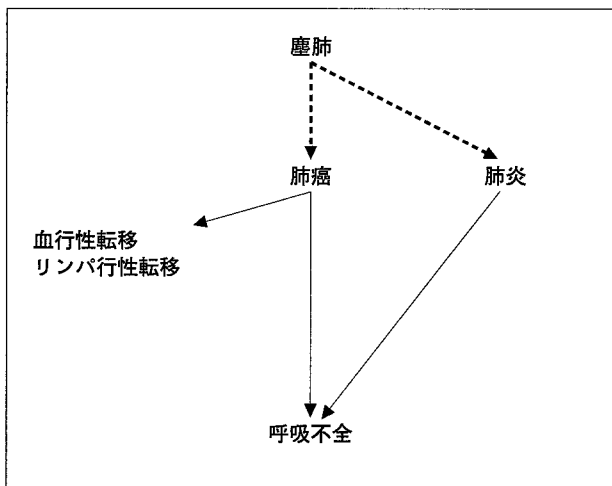
【看護上の問題点】

- # 1 治療に関する不安
- # 2 癌性疼痛による身体的苦痛
- # 3 予後や死に対する不安
- # 4 脳転移による2次合併症への危険リスク
- # 5 ターミナル期における家族の心理的・身体的変調

【病理解剖組織診断】

- 1 右肺癌+じん肺+肺炎
浸潤と転移：肝、副腎、腎、脾、骨髄
リンパ節：気管分岐部、傍大動脈、腸間膜
- 2 脾腫
- 3 脂肪肝
- 4 虫垂炎術後

【病理チャート】



【キーワード】

塵肺：粉塵を吸引することによって、進行性・びまん性の生じた肺の線維増殖性変化を指す。わが国の「じん肺法」では、粉塵は無機粉塵のみを対象とし、職業性の疾患として扱われるため、粉塵作業歴が重要である。肺癌のほか、結核、自然気胸、慢性閉塞性肺疾患などを合併しやすい。

【病理から臨床へ】

肺癌は、低分化型扁平上皮癌（部分的に管腔様所見も）の所見で、主病変の広範な脈管浸潤と転移を示します。両葉の背景に塵肺と肺炎、癌性リンパ管症を示し、呼吸不全が死因と考えます。肺癌の病巣内に壊死を示すが化膿症とする所見は明らかではありません。

【臨床の教訓】

- 1) 肺炎などについて、非腫瘍性疾患と思われても悪性疾患を念頭において診療を行う。
- 2) 労災疾患の取り扱いについて基本的なことを知っておく。

【看護の教訓】

- ①わかりやすい説明や傾聴により納得し治療へ専念できた
- ②痛みは様々な原因が関与しており、その原因を取り除くことと痛みの評価をしていく事が重要
- ③身体的苦痛の緩和と孤独感を取り除くことは死への不安を軽減させる
- ④家族の協力があることでよりその人らしい生活が可能である
- ⑤患者・家族の気持ちに寄り添い、望みを助け、精神的支えになっていくことが大切である