

札幌社会保険総合病院 第27回CPC

日時 2005年3月29日 場所 札幌社会保険総合病院 2階 講義室

「膠原病に対する免疫抑制療法後に発症した肺炎症例」

報告者	臨床経過	総合医療部	佃 幸憲	司会	膠原病内科	大西 勝憲
	看護経過	4西病棟	梅田 美雪		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

【臨床経過】

〈主 訴〉

発熱 肩関節痛 頸部こわばり

〈現病歴〉

平成15年11月頃より上記症状出現し、田村内科クリニック受診した。血液検査にてWBC11700、CRPの上昇、ASO305~372と高値を認めたため、抗生剤にて治療を開始したところ、CRP陰性化、ASO値の低下が認められたが、依然として微熱、関節痛が消失せず、当科受診、リウマチ性多発筋痛症疑いにて当科入院となった。

〈既往歴〉

10代：虫垂炎 1998年より高血圧、不眠症、骨粗鬆症

〈生活歴〉

喫煙；5本×50年 飲酒；なし

〈入院時現症〉

身長；156cm 体重；41kg 体温；38.2℃

血圧160/70mmHg 脈拍；84bpm

肩関節痛（+） 上腕筋把握痛（+）

両下肢浮腫（+）

〈入院時検査成績〉

WBC 5210/ μ l (Neut.72% Lym.16%

Mono.10% Eos.1% Baso.0%)

RBC 358 $\times 10^4$ / μ l Hb 10.8g/dl Ht 32.5%

Plt 13.7 $\times 10^4$ / μ l Ret 13% CRP 2.1mg/dl

TP 7.2g/dl Alb 4.1g/dl T-B 0.5mg/dl

GOT 24IU/l GPT 16IU/l LDH 184IU/l

γ -GTP 14IU/l ALP 220IU/l CPK 18IU/l

AMY 54IU/l T-CHO 159mg/dl

BUN 16.9mg/dl Cre 0.77mg/dl UA 7.0mg/dl

Na 140mEq/l K 3.3mEq/l Cl 96mEq/l

Ca 10.0mg/dl ESR 87mm/h Fe 33 μ g/ml

TIBC 264 μ g/ml Ferritin 55.2ng/ml

FPG 92mg/dl HbA1c 5.0% CH₅₀ 41.8U/ml

CARF 5.8AU/ml MMP-3 85.3ng/ml

ANA 40 \times MPO-ANCA <10EU

〈胸腹部CT〉

左陳旧性結核、胸膜炎、他、特記すべき所見なし

〈入院後経過〉

リウマチ性多発筋痛症としてプレドニゾロン15mg/dayより開始され、筋痛は消失したが、発熱が続き3月に入り下腿に紅斑が出現し、生検にて血管炎が証明されたため、プレドニゾロン30mg/day+アザチオプリン100mg/dayとして解熱し、プレドニゾロン20mg/dayに減量可能となった。しかし5月1日より発熱があり、当初は感冒としていたが増悪し、胸部CT上すりがらす陰影とSpO₂の低下があり、 β -Dグルカン148pg/mlと高値を示したため、カリニ肺炎と考え、ST合剤の経口を開始した。しかし呼吸状態の悪化があり、5月9日に気管挿管、人工呼吸器管理となり、抗生剤はペントミジンの点滴にした。しかし、ペントミジンにて効果が見られず、気管切開となった。抗生剤はST合剤の点滴にしたところ呼吸状態の改善が認められ、一時期人工呼吸器の離脱を試みた。しかしその後、ST合剤の投与中にも関わらず増悪し、ペントミジン+ST合剤の

点滴の2剤併用を試みたが、肝障害、腎障害は進行し、透析も試みた。ST合剤、ペンタミジンを中止したところ肺炎は進行し、乏尿が続き7月13日より血圧低下。昇圧剤に反応せず、同日0:50永眠された。

【看護経過】

〈患者紹介〉

夫、息子、娘の四人家族。子供二人は独立しており、現在夫と二人暮らし。日常生活は支障なく、専業主婦として家事を行っていた。

〈看護経過〉

H16年2月6日、リウマチ性多発筋痛症の治療により入院となる。両肩・手首・膝などの関節痛が強く、38℃以上の発熱もあった。疼痛が強い時は、希望に沿って鎮痛剤の使用、必要な日常生活の看護援助を行うことで苦痛の緩和に努めた。発熱に対しては、症状の観察や希望に沿って保温、クーリングを行い、解熱剤の使用により症状が改善された。

また、顔面や全身に紅斑の出現がみられ、掻痒感やほてり感の訴えも聞かれた。掻痒時、背部の清拭や軟膏塗布の介助を行い、ほてり感にはアイスノンでクーリングを行った。また夜間は、抗ヒスタミン剤を使用し苦痛の緩和に努めた。

4月～5月上旬には、発熱・疼痛、掻痒感が改善され、一泊二日の外泊を3回も行うことができていた。

外泊後、息苦しいなどの訴えが聞かれるようになり、酸素投与が開始されるが改善なく、酸素濃度の低下がみられた。CTの結果、カリニ性肺炎と診断。呼吸状態が悪化した場合は人工呼吸器装着となることをAさんやご家族に説明し、Aさんの同意の基、5月9日人工呼吸器装着となった。5月24日気管切開となり、改善傾向がみられ、6月8日に人工呼吸器離脱となった。しかし、6月11日呼吸状態の悪化により再装着となった。その後、腎機能、肝機能の悪化もあり、6月30日血液透析開始となった。医師は、病状の変化毎に、ご家族へインフォームドコンセントを行った。夫や子供達は疑問についての質問をすることはあったが、それ以上の希望や訴えは聞かれなかった。状態が悪化してからも冷静に受け止められているようにみえた。頻回に訪室を行い家族

が抱えている不安や思いを知るための声かけや傾聴に努めた。また、全身状態の観察と異常時の早期発見にも努めたが、7月13日永眠される。

【臨床上の問題点】

- # 1 カリニ肺炎として治療してきたが、実際はどうだったのか
- # 2 急性腎不全、急性肝障害の原因は何であったか
- # 3 肺炎治療以前より血小板減少が存在したが、造血器障害によるものであったのか

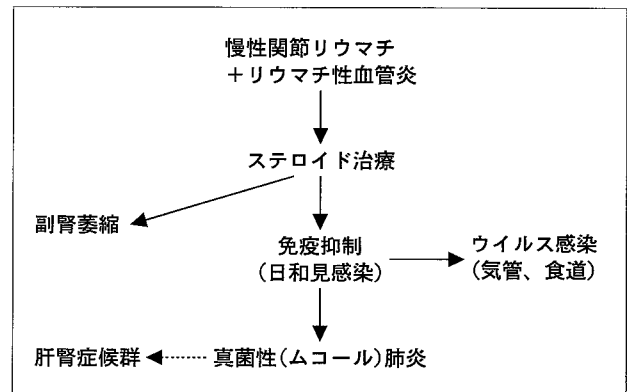
【看護上の問題点】

- # 1 急性疼痛
- # 2 高体温
- # 3 皮膚統合性障害
- # 4 非効果的呼吸パターン
- # 5 腎機能・肝機能の悪化による生命の危機

【病理解剖組織診断】

- 1 肺炎（真菌性肺炎、上葉～下葉）
ムコール症疑い
- 2 腸炎
- 3 腎萎縮（軽度）
- 4 動脈硬化
- 5 黄疸
- 6 左室肥大
- 7 髄外造血（脾臓）
- 8 ウイルス感染（気管、食道）

【病理チャート】



【キーワード】

肺真菌症（真菌性肺炎）：健常人でも発症するクリプトコッカス症や、免疫不全（HIV、化学療法、ステロイド治療など）に日和見感染症として発症することが多い、アスペルギルス症、カンジダ症、ムコール症などがある。

一般的には肺真菌症は診断が難しく、とくにムコール症は致死率が高い。

カリニ肺炎：日和見感染として発症、菌体成分に β -glucanを有し、最近では真菌の類縁微生物と考えられている。

【病理から臨床へ】

右肺炎の真菌は不規則な分岐傾向で幅広い菌糸、中空状で隔壁が明らかでない、血管浸潤が目立つ、PASやGrocottで染色性が弱いなどの所見からムコール症が考えられます。カリニ肺炎の所見は明らかではありません。ほかの臓器に真菌は明らかではありません。肝臓は閉塞性黄疸と肝細胞の壊死、萎縮を示すが特異的な炎症像や感染症は示されません。腎臓はビリルビン円柱と軽度の炎症を示すがほかに著変なく、肝腎症候群による腎不全が疑われます。気管と食道にヘルペスなどのウイルス感染（多核、核内封入体など）と思われるびらんを示します。

【臨床の教訓】

本症例では免疫抑制剤使用にもとづく日和見感染で真菌性肺炎に罹患した症例であったが、易感染性の患者に対する感染症への対策、治療についての重要性、また、日和見感染が起こった場合の対処の困難さを改めて確認させられる症例であった。

【看護の教訓】

看護師は日常のケアを通して、患者家族と身近に接近し、患者のケア計画立案や再評価など中心的な役割を担っていくことが重要である。患者や家族の意思決定の困難を深く理解し、充実したケアを提供していきたい。