

特定ケア看護師としての関わり 症例を通じて



症例

【ID】 70歳代 男性

【主訴】 水様便、血便、腹痛

【当院受診までの経過】

4～5か月前から易疲労感出現。3か月前からは「水様便・血便、食後に増強する腹痛」を主訴に近医受診。CS予定したがクエン酸マグネシウムシロップ用を半分内服した時点で腹痛出現し中止。当院でのCSと以後の加療を希望され8月X日紹介受診となった。

クエン酸マグネシウムシ

ロップ用 = マグコロールP

症例

【既往歴】

30～40年前：胃潰瘍

【内服】

なし

【アレルギー】

なし

症例

【家族歴】

父：のどのリンパ節の疾患(詳細不明)

母：乳癌、全身転移 当院でホルモン治療

既知の高血圧、脂質異常症、喘息、糖尿病の家族歴なし

【生活歴】

喫煙：20本 × 50年

飲酒：日本酒 1合～2合、最近は体調不良でビール700ml/日

症例

【ADL、iADL】

全て自立

【社会的背景】

妻は自分の両親の介護と弟(身体障害者)の介護をしているため別居している

仕事は電車の車内清掃をしている

症例

【来院時現症】

GCS:E4V5M6

T:38.2°C HR:74回/分 BP:92/50mmHg SpO2:98% RR:20回/分

頭頸部：眼瞼結膜充血あり、眼球結膜黄染軽度、リンパ節腫脹なし

胸部：肺音清、明らかな心雑音聴取せず

腹部：平坦、軽度緊満 腸蠕動音低下

四肢：前脛骨浮腫なし 皮疹なし

症例

【検査所見】

検査項目	結果	検査項目	結果	検査項目	結果
AST	26 U/L	BUN	12.9mg/dl	WBC	9490 / μ L
ALT	18 U/L	CRE	0.63 mg/dl	Hb	12.2 g/dl
LDH	235 U/L	GLU	96 g/dl	PLT	372000 / μ L
ALP	284 U/L	Na	140 mEq/L	好中球(%)	83.5 %
Γ -GTP	38 U/L	K	4.2 mEq/L	CEA	2.4 ng/ml
ALB	2.4 g/dl	補正Ca	9.6 mg/dl	CA19-9	4.2 U/ml
T-Bil	0.3 mg/dl	CRP	4.36 mg/dl	AFP	1.8 ng/ml

症例

【尿検査】

糖：(-)

ケトン体：(-)

ビリルビン：(-)

潜血：(-)

亜硝酸塩：(-)

白血球反応：(1+)



画像所見：CS

CS：肛門から**5cm～8cm**に粘膜外からの浸潤か粘膜の浮腫による狭細化あり。
そこを越えると半周性の不正腫瘍/I型直腸癌またはS状結腸癌を認める。排膿あり。

画像所見：腹部CT(造影)

腹部CT：直腸に大きな腫瘍形成あり。腫瘍より口側の大腸内には残渣の貯留が目立つ。腫大リンパ節なし。腹水あり。肝内に小さな低吸収結節あり。

透視





診断

直腸癌またはS状結腸癌

※病理組織：Colon cancer(tub-1),Group 5

tub-1 = 高分化腺癌 tub-2 = 中分化腺癌



治療

絶食・補液

抗菌薬投与 **CMZ 1g q12**

術前検査を進め外科コンサルト

入院後臨床経過

第1病日：絶食・補液、CMZ 1g q12

第4病日：腹部造影CT、NST介入、エンシュアH開始

第7病日：外科コンサルト、PICC挿入 TPN開始

第11病日：悪寒戦慄伴う発熱あり

ここまでのまとめ

特に既往のない**70**歳代男性が水様下痢、血便、腹痛を主訴に来院。

CS、腹部**CT**で直腸癌または**S**状結腸癌の診断。

癌周囲の感染も合併しており**CMZ Ig qI2**で抗菌薬治療。

通過障害も生じていたため入院し摂取可能な形態の食事(液体状の食品)と**PICC**からの**TPN**を施行していた。

PICC挿入**4**日後、悪寒戦慄を伴う**T:39.2°C**の発熱認めた。

日中病棟看護師から**PICC**消毒の時にテープを外したら抜けてびっくりしたといった話を聞いていた私はまず真っ先に**CRBSI**を想起しました。

入院後臨床経過

第11病日：悪寒戦慄伴う発熱あり

- ・ PICC抜去
- ・ カテーテル先端培養
- ・ 採血＋血液培養2セット
VCM 1g q12＋PIPC/TAZ 4.5g q6開始
- ・ 深部膿瘍検索のため腹部造影CT

第14病日には血液培養感受性良好のE.coli、カテーテル先端培養陰性→CEZ 1g q8へ

PICC留置している患者の発熱
カテーテルは抜去しなければならないか？

血管内カテーテル感染症の臨床症状

- 血管内留置機器関連感染症の臨床症状は非特異的
- 疑わしい病歴は以下
 1. 静注に伴う悪寒又は寒気
 2. 静脈内カテーテル除去に伴う症状改善
 3. 表皮ブドウ球菌、コリネバクテリウムまたはカンジダ・アルビカンス陽性血液培養
- カテーテル挿入部位の化膿性病変は本感染症に対する証拠となるが、多くの例でみられない
- 菌血症の原因が他に不明な場合、常に血管内機器感染症の可能性を考えなくてはならない

血管内カテーテル関連感染症の治療 (抜去関連)

- カテーテルは、下記のような場合除去しなければならない
 1. 患者が重症な場合
 2. 発熱と血液培養陽性が**48時間**を越えて持続する
 3. 病原性の強い菌による感染
 4. 複数菌菌血症
 5. トンネル感染、好中球減少症、心内膜炎、転移性感染、敗血症性血栓性静脈炎
 6. カンジダ・アルビカンス検出 カンジダ・アルビカンスの場合は眼内炎予防のため2週間治療を継続

CVC(PICCと血液透析カテーテルを含む)の交換

- CVCやPICCは発熱だけでは抜去しない。他で感染が明らかになっている場合や、発熱の非感染性原因が疑われる場合、カテーテル抜去の妥当性に関して臨床判断を用いる
カテゴリーⅡ

敗血症及びカテーテル関連血流感染症

- **CVC**や**PICC**は発熱だけで抜去しない。感染が他で明らかになっている場合や、発熱の非感染性原因が疑われる場合、カテーテル抜去の妥当性に関して臨床判断する **A II**

まとめ

- CVCやPICCは他の感染や非感染性の発熱が考えられる場合は抜去しない。
- 血管内留置機器関連感染症の臨床症状は非特異的であり、外観だけではCRBSIは判断できない
- カテーテル抜去の妥当性に関して臨床判断するカテーテルは、下記のような場合除去しなければならない
 1. 患者が重症な場合
 2. 発熱と血液培養陽性が**48時間**を越えて持続する
 3. 菌が同定後：病原性の強い菌の場合、複数菌菌血症の場合、カンジダ・アルビカンスの場合
 4. トンネル感染、好中球減少症、心内膜炎、転移性感染、敗血症性血栓性静脈炎

関連する特定行為

- 中心静脈カテーテルの抜去
- 末梢留置型中心静脈注射用カテーテルの挿入
- 直接動脈穿刺法による採血
- 持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整
- 脱水症状に対する輸液による補正
- 感染徴候がある者に対する薬剤の臨時の投与
- 持続点滴中のナトリウム、カリウム又はクロールの投与量の調整
- 持続点滴中の糖質輸液又は電解質輸液の投与量の調整
- 持続点滴中の利尿剤の投与量の調整

特定行為以外の関わり

- 患者さんの仕事の悩み、経済面の心配を確認してMSWへ情報提供、介入依頼
- 栄養室に連絡してNST介入依頼、TPN+経口での栄養相談
- 血液培養採取 (※当院では看護師による血液培養採取はしていない)
- 医師の病状説明後に補足説明
- 各種検査の説明・同意書
- PICC管理について病棟看護師と共有
- VCM TDM解析、指定抗菌薬届け出
- 外科の先生への御高診依頼、症例申し送り
- 術前検査オーダーと術前評価