

アルコール関連疾患・使用障害について

2024/12/09 TTC

公立豊岡病院 総合診療科 貝原 希美

症例: 61歳 男性

【主訴】

意識障害

【現病歴】

来院5年前から総入れ歯になったが、入れ歯が合わず食事量が減った。(1~2食/日、お粥や果物など)

もともと飲酒量が多かったが、来院2カ月前に退職してからさらに増加した。

来院3日前から食思不振を認めさらに食事量が減少したが、焼酎900ml/日の飲酒は変わらず続けていた。

来院当日の昼頃に、起きてこない本人の顔を同居の母親がたたいたが反応がなかったため救急要請された。

救急隊接触時、JCS300・GCS E1V1M1であり、血糖<20mg/dLが判明した。

50%ブドウ糖液 40mlを投与され、当院到着時にはGCS E4V4M6まで改善した。

症例: 61歳 男性

【併存症】

なし(医療機関の受診歴なし)

【生活歴】

喫煙: 10本/日 × 40年

飲酒: 焼酎900 ml/日

【家族歴】

父親: 咽頭癌

入院時現症

【vital sign】

身長: 166 cm, 体重: 50 kg, BMI: 18 kg/m²

GCS E4V4M6

血圧: 142/107 mmHg

脈拍: 123 回/分

SpO₂: 100 % (room air), 体温: 36.9 °C

【身体所見】

項部硬直なし 瞳孔径 3/3 mm

対光反射 +/-

粗大な四肢麻痺なし

血液検査

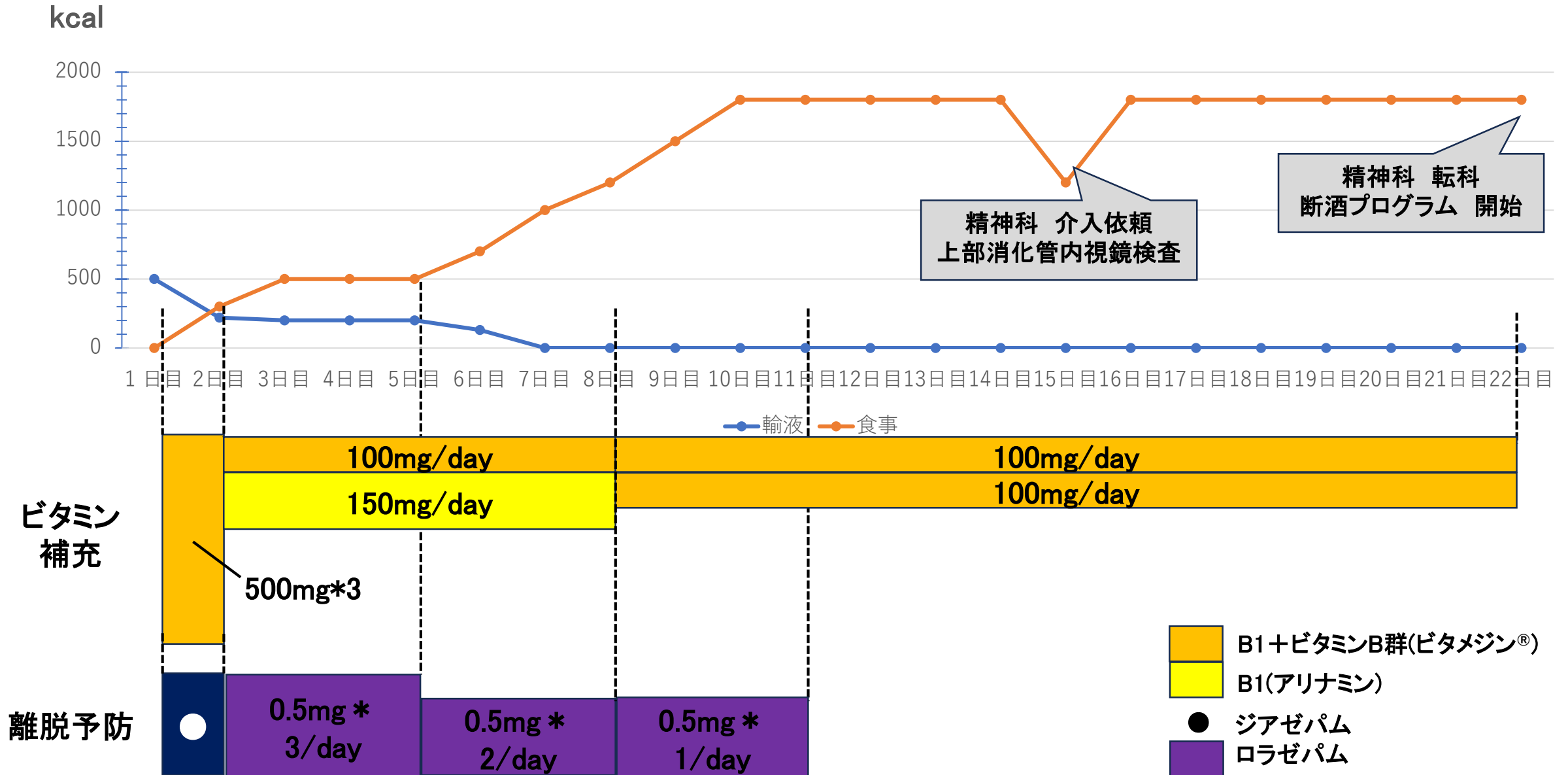
【血算】			【生化学】			浸透圧		
WBC	131 × 10 ²	/ μ L	TP	5.5	g/dL	BS	306	mOsm/L
RBC	318 × 10 ⁴	/ μ L	Alb	3.0	g/dL	(↑ 補正後)	172	mg/dL
HGB	12.5	g/dL	CK	138	U/L	ビタミンB1	30	ng/mL
Ht	37.4	%	T-Bil	0.6	mg/dL	【血液ガス】		
MCV	117.6	fL	AST	138	U/L	pH-A	7.19	
PLT	28.3	/ μ L	ALT	60	U/L	pCO2-A	37.0	
【凝固】			γ GTP	212	U/L	pO2-A	34.0	
PT	9.0	秒	BUN	22.1	mg/dL	HCO3-A	14.1	
PT%	186.9	%	Cre	0.70	mg/dL	AnGap-A	24.0	
PT-INR	0.72		eGFR	88	mL/min/1.73m ²	Lac	4.1	
			Na	142	mEq/L	浸透圧ギャップ		
			K	4.6	mEq/L		4.6	
			Cl	106	mEq/L	推定エタノール	20.9	mg/dL
			P	5.6	mEq/L	濃度		

症例: 61歳 男性

【診断】

アルコール性ケトアシドーシス,
低血糖

経過



経過

【精神科転科後】

入院23日目

入院55日目

入院69日目

精神科 断酒プログラム

消化器科

外科

早期胃癌
0-IIc

中分化型腺癌
粘膜下浸潤・血管浸潤

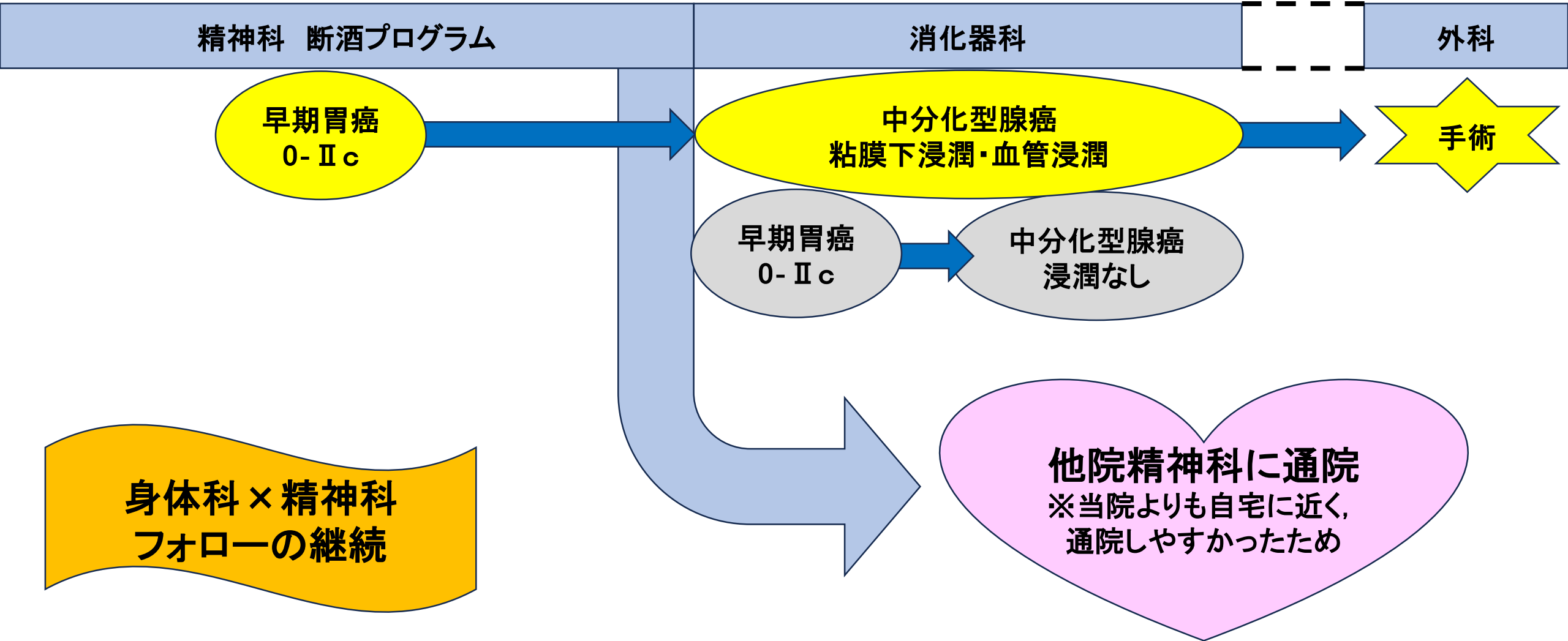
手術

早期胃癌
0-IIc

中分化型腺癌
浸潤なし

身体科 × 精神科
フォローの継続

他院精神科に通院
※当院よりも自宅に近く、
通院しやすかったため





medicina 58巻 4号 pp. 273-278(2021年04月) 急性アルコール中毒, アルコール関連疾患
medicina 57巻 4号 pp. 378-380(2020年04月) アルコール/薬物関連障害

アルコール多飲患者に特徴的な疾患

① Wernicke脳症

② 電解質異常

③ アルコール性ケトアシドーシス

④ アルコール離脱症候群

①Wernicke脳症

- **ビタミンB1欠乏による脳症**
 - ビタミンB1測定(時間がかかる事が多い)
 - 古典的3徴(意識障害、眼球運動障害、失調性歩行)
 - 食事摂取不足 も含めて4つのうち2つ以上満たす
 - 頭部MRI
- **疑わしい場合はビタミンB1投与**
- **低血糖がある場合は糖分だけではなくビタミンB1も投与**

①Wernicke脳症

ビタミンB1の補充方法

- ・4～6日間

 - 1500 mg/日（アリナミンF[®] 1500 mg/日 静注）

- ・その後3～5日あるいは症状改善まで

 - 250 mg/日（アリナミンF[®] 250 mg/日 静注 or 筋注）

- ・経口へ切り替え

 - 100 mg/日（アリナミン[®] 50 mg 2錠/日）

➤ 疑わしい場合はhalf dose（250 mg/日）投与

②電解質異常

アルコール多飲患者は低栄養であることが多く、
低Na,低K,低Mgなどを引き起こす。
→それぞれ補正を行う。

③アルコール性ケトアシドーシス(AKA)

- アルコール多飲によってアニオンギャップが開大した代謝性アシドーシス
- 特徴的な症状：消化器症状（腹痛、悪心、嘔吐）、頻脈、頻呼吸
- 体内に乳酸やケトン体が蓄積するので、血液ガス検査を積極的に行う。
- 尿検査ではAKAで蓄積しやすいケトン体は検出できず偽陰性が多い。

④アルコール離脱症候群

- アルコール多飲患者がアルコール摂取を中断するとアルコール離脱症候群が生じる可能性がある。
 - 中断の原因: AKAなどの内科疾患、金銭的な問題、入院
- アルコール離脱症状
 - 6～36時間: 軽度の振戦、不安、頭痛、消化器症状
 - 6～48時間: 単回・一過性の全身性強直間代発作
 - 12～48時間: 幻聴、幻視、幻触
 - 48～96時間: せん妄、興奮、頻脈、血圧上昇、発熱、発汗

④アルコール離脱症候群

- 離脱症状出現を抑制するために、交叉耐性があるベンゾジアゼピン系薬剤が第一選択
- 1日5～20mgのジアゼパムを重症度に応じて投与
 - 経口投与が難しい場合：セルシン[®]5mg 静注
 - 経口 ワイパックス[®]錠0.5 4錠 毎食後、眠前

その後のフォロー

- 身体的、社会的に重大な問題を抱える重症アルコール依存症患者には、「断酒」が必要。
- 継続した断酒へ導くには専門医療機関あるいは断酒会、AA(アルコホーリクス・アノニマス)などの自助組織への紹介が重要。
- しかし、実際には専門機関受診につなげられることはあまり多くない。
 - 専門機関受診するには、本人の断酒する意志が必要
 - 紹介できても、受診するまでに時間がかかる事が多い。(当院外来は2-3ヶ月待ち)
 - 信頼関係を築いた上で時間をかけて、専門家による評価と断酒治療の必要性を説いていくことが必要。

その後のフォロー

• 心理社会的治療

- 認知行動療法：非現実的な認知（患者の依存行動を誘発している引き金や考え方の癖）に気づき、意識的に対処するスキルを練習する。
- 動機付け面接法：傾聴と共感によって良い治療関係を作る。
患者の人生における目標や価値を質問によって引き出す。
目標は①健康、②仕事、③家族の愛情、のいずれかに入る事が多い。
目標を獲得するには飲酒が障害となっていることを理解してもらう。

• 専門医につなげるタイミング

- 怒りっぽく会話が成立しない重症の依存症
- うつ病やパニック発作などを合併する場合

その後のフォロー

- 当院精神科では外来に加えて、アルコール依存症リハビリテーションプログラム入院がある。
- 本症例では、本人に断酒の意志が確認でき、断酒プログラムへとつなげることができた。
- 他の身体疾患フォローが必要だったため、医療機関受診がスムーズになった。
- 医療の監視を継続できる環境においておくことが重要。

質問

- ・アルコール利用障害の患者をみるうえでしている工夫
- ・専門機関へつなげられたor断酒へ導けた経験