

## 13) 発熱, 黄疸, 腹水の出現後, 死の転帰をとったアルコール依存症の1例

山田 聡・松井 征二  
 熊谷 敬一・若穂田 徹  
 勝井 丈美・八木 直幸  
 西田 牧衛・和泉 貞次 (河渡病院)  
 星野 昭夫 (新潟臨港総合  
 病院内科)

症例は, 40才女性. 飲酒歴: 34才頃よりウイスキーを一日半ボトル. 36才頃から昼酒. 39才頃より飲酒抑制困難で, 日本酒を一日一升も飲む様になり, 家事も全くできない状態.

現病歴: 1991年7月頃より酒びたりの生活で食欲不振. 同年9月10日, 新潟臨港総合病院内科で, 肝機能障害, 肝肥大を指摘され, 断酒研修を目的に9月13日, 当院入院. 最終飲酒は9月12日. 最近数ヶ月以内の薬剤内服歴はなし.

入院時現症: 意識清明, 思考正常. 軽い黄疸と手指振戦及び, 肝臓を五横指触知する他は, 異常所見を認めず.

入院時検査成績: WBC 6,900/ml, CRP 1.4 mg/dl, T.BiL 3.6 mg/dl, D.BiL 2.5 mg/dl, GOT 278 U/l, GPT 71 U/l, AI-ph 323 U/L, LDH 377 U/l,  $\gamma$ -GTP 884 U/l, Amy 90 U/l, CPK 85 U/l, T.P 7.7 g/dl, BUN 4.1 mg/dl, Cre 0.6 mg/dl, Na 143 mEq/l, K 3.1 mEq/l.

経過: 入院5日目より, 38°Cの発熱がみられ, 8日目頃から, 黄疸・腹水・浮腫が急速に増強. 同時期の検査成績, WBC 14,700, CRP 9.8, T.BiL 12.8, D.BiL 11.5, GOT 129, GPT 23, AI-p 287, LDH 349,  $\gamma$ -GTP 154, Amy 35, T.P 6.3, BUN 6.4, Cre 0.8, Na 137, K 3.7, 肝炎ウイルスマーカーはA, B, C型いずれもnegative study, トロンボテスト5%, ヘパラスチンテスト11.2%.

9月28日, 新潟臨港総合病院内科に転院. 転院後も黄疸は加速度的に増強し, T.B:L値は最高28.4 mg/dl, 白血球数も40,700/mlまで増加. ビリルビン以外の肝・胆道系酵素は, いずれも改善傾向を示し, GPT値にいたっては, ほぼ正常域の範囲内で推移. プロトロンビン時間は40%, NH<sub>3</sub>値は80~163 mg/dl範囲内で変動. 腹部エコー, 腹部CTでは, 胆道系には異常所見なし. 腫瘍マーカーは正常範囲内.

以上, 発熱・著明な黄疸・腹水・浮腫の存在. 著しい多核白血球増加, 低値のプロトロンビン時間, 及び, 腹部画像診断所見, 各種肝炎ウイルスマーカー所見等より, 重症型アルコール性肝炎と診断された. 各種治療をうけ, 一時は, 解熱, 黄疸・腹水の軽減, 浮腫の消失を認めた

が, 最終的には, 呼吸不全に到り, 11月7日死亡.

この重症型アルコール性肝炎は, その70~80%が死亡するという, 極めて予後不良の疾患である. アルコール依存患者を診る機会のある医師は, その病態を頭の片隅に記憶しておくべきと思い報告した.

14) アルコール依存症の治療過程における血清CPK活性測定の有用性  
—RhabdomyolysisとAcute Renal Failureを合併した症例の報告と考察—

石沢 信人・稲井 徳栄 (新潟県立療養所  
悠久荘)

アルコール依存症の治療初期段階において, 通常とは異なる経過を示した症例を経験した.

当院で行っている alcoholism rehabilitation program (ARP) で取り扱う症例は, DSM-III-Rに記載されている診断基準を満たすものである. ARPは, 3カ月間の入院を標準とし, 退院後のfollow-upは外来と自助グループ活動によっている.

症例は, 36歳の男性で, アルコール性障害による入院歴をもつ. 今回は泥酔し, 翌日に意識障害と運動障害をきたしたため入院した. 治療を開始したが, 意識障害は遷延した. 頭蓋内には器質的病変は見られなかった. 血清生化学検査の結果, CPK 8,408 IU/L, BUN 149.5 mg/dL, クレアチニン 6.6 mg/dL, GOT 460 IU/L, LDH 1,786 IU/L, K 5.4 mEq/Lと高値を呈していた. この結果より, ① Rhabdomyolysisを伴うAlcoholic Myopathy, ②これに続発したTubular NecrosisによるAcute Renal Failureが合併している状態にあると判断した.

血液透析により腎機能は回復し, これに伴って意識障害も軽減した. 血清CPKは, 第25病日に136 IU/Lと正常化した. 運動障害は, 理学療法により軽減した.

アルコール依存症患者の観察に際しては, 全身的な視点を必要とする. 本症例の示した意識障害は, アルコール離脱症状が尿毒症によって修飾されていたものと考えられる. 運動障害については, 神経と骨格筋の双方に障害をきたしていたものと考えられる.

運動単位のごとく障害されても, 運動障害は生ずる. 我々は, 神経系にばかり着目して, 骨格筋自身に対する視点がかけていた. Alcoholic Myopathyは, Alcoholic Neuroathyに比べると頻度が少ない. この点も, 我々の対応が遅れた要因の一つと思われる.

意識障害を伴わない場合の運動障害の観察は, 意識障

害を伴う場合に比べると容易である。アルコール依存症の治療初期では、意識レベルが低下する 경우가多く運動障害が出現した場合に、その要因を探ることはしばしば困難である。Alcoholic Myopathy では、血清 CPK 活性が必ずしも高値を示すとは限らない。しかし、本症例の経験より、アルコール依存症の治療の初期段階において血清 CPK 活性の測定は、運動障害の理解に手掛かりを与えるものなので、行うべき必須検査項目であると考えている。

#### 15) 難治性中毒性精神病の5例に対するゾテピンの治療効果

黒崎 孝則・奈良 譲治  
大森 孝治・川勝 康弘  
片岡 邦彦 (群馬県立佐波病院)

長年にわたり頻繁に ① 威嚇、挑発、攻撃、敵意等を示して、② ときどき自らも不安、焦燥、言動の混乱、幻覚、妄想、錯乱等の多彩な組み合わせの精神症状を露呈し、③ 窃盗、無銭飲食、器物損壊、住居侵入、暴行、傷害、凶器所持等の違法行為をひきおこす事例がある。若い頃は逮捕歴や服役歴があり、覚醒剤の使用歴がある。近年はアルコール関連で問題をひきおこすため、無法者、狼藉者といった評価が加味された難治性のアルコール依存ないしアルコール精神病として福祉事務所、保健所、警察、精神病院がその処遇に困る事例である。逮捕されても近年は不起訴になることが多く、保健所から精神病院に入院依頼されてくる。

過去の診断にあたり、はじめは反応性精神病、幻覚妄想状態、人格障害等が多く、その後次第にアルコール関連障害および人格障害の重複した診断が主流となる。覚醒剤の使用で精神症状の発現をみた者では脳機能になんらかの再発準備性を増強するとされ、アルコール、シンナー、生活上のストレス等により再燃を繰り返すことがあるという。これを覚醒剤精神病と診断してもさしつかえないようである。しかしわれわれは、過去の生活歴は複雑多彩、長い生活歴のなかで使用薬剤が多剤にわたるものでは中毒性精神病とするのが妥当であると考えた。

過去の薬物療法ではフェノチアジン系、ブチロフェノン系薬剤を使用するのが通例であったが、薬剤の一定の有効性は認められるものの、その行動の多彩さ、混乱、攻撃性、犯罪性、周囲の巻き込み等については治療者の納得できるところまで持続的な有効性を確認できるには至らないことが多かった。退院しても間もなく再入院してきて、はじめからやりなおしとなるのである。

このような事例にゾテピン 150~200 mg/日を加えると、威嚇、挑発、攻撃、敵意等の周囲を恐怖に陥れる態度行動が軽減し、謙虚、素直となり、はじめて通常の対話が成立することを見てきた。そのような典型例5例を提示する。

ゾテピンの使用で攻撃性が収束し、通常の対話が行えるようになると、重い生活障害ははっきり見えてくる。そして障害福祉年金の給付をうける→住居を探す→退院させる→訪問看護等のアフターケアを行う等の治療方向が追求できるようになる。

#### 16) 厚生連中条病院精神科・社会復帰在宅ケア支援システム(第2報) —地域での生活を支える—

山下 正廣・滝沢 恭二  
須賀 良一 (厚生連中条病院)

昨年、本集談会において、長期入院している所謂院内寛解の患者さん達をどのように退院させ地域に戻したか、地域に戻した後、どのようにその生活を支え再発を予防したか、それもなるべく家族の負担を少なく、といったことに対する当科の取組の経過と結果を報告しました。本日は、当科のこれまでの取組の概観と地域における当科の役割の変化を中心に報告したいと思います。

##### 1. 当科の歩み—病院医療から地域精神医療へ—

従来、当科は病人が来れば治療、軽快すれば退院といったことを続けて来て、退院後の患者さんの受け入れ体制の整備や、退院後の地域での生活の支援、再発の予防、危機介入などには余力を注がず、社会資源の活用についても積極的ではなく、謂わば疾患を見て障害を見ずといった状態で、地域医療の視点が欠けておりました。

そのような治療姿勢に対して見直しを図り、89年より

- ① 各医療現場の代表者が対等な立場から当科の今後の取組について検討・決議するスタッフミーティングの定期的開催
- ② 病院家族会の組織とその機関誌“こごみ”の発行
- ③ 病棟の機能別再編成
- ④ デイケア・訪問看護の開始
- ⑤ グループホームとその発展的解消である“こごみ荘”の開設

などを実行してきました。

一言でいえば、病院においてチーム医療を展開し、それを地域精神医療にまで拡大して行こうということになるでしょうか。