

第9章 アルコール性肝疾患

問題

数年前から健診における肝機能障害を指摘されている受検者から飲酒量が多いことを自覚し、同席した配偶者からも止めるように注意されているが、止めるどころか減らすこともできないと相談を受けました。肝炎医療コーディネーターとして以下の説明や対応が適切かどうか判断してください。

- a) アルコールによる肝臓病の患者は、年々増加傾向です。
- b) アルコールを飲みすぎの場合、肝臓だけではなく他の疾患の危険性も高まります。
- c) アルコールを飲みすぎると肝硬変には進行するが、肝臓がんまでは発生しません。
- d) 現在の飲酒量を確認し、加えて飲酒習慣に関するアンケートを勧めます。
- e) 医療機関受診後にアルコール性肝障害と診断された場合にはいかなる場合でも断酒しなければなりません。

回答・解説

a) **正解**

近年の慢性肝疾患、肝硬変の成因別調査では非ウイルス性肝疾患の割合が増加しており、アルコールも増加傾向です。

b) **正解**

過量飲酒により肝機能障害や依存症など精神疾患の危険性が高まるだけでなく、慢性膵炎や糖尿病、高血圧症、大腸がんや膵がんなどの生活習慣病や他の臓器のがんの危険性が高まります。

c) **間違い**

線維化進行に伴い発がんの危険性が上昇します。特に断酒できず予備能が低下している場合には十分な治療ができません。

d) 正解

“飲み過ぎ”と自覚している相談者に、より効果的な節酒を提案するには、第一に現在の飲酒量を具体的な数値で確認してもらうことが重要です。また現在の飲酒習慣が依存症の危険性が高いかどうかも数値化することで専門医療機関への連携など次の対策に繋げることができます。その方法の1つがAUDITスコアです。

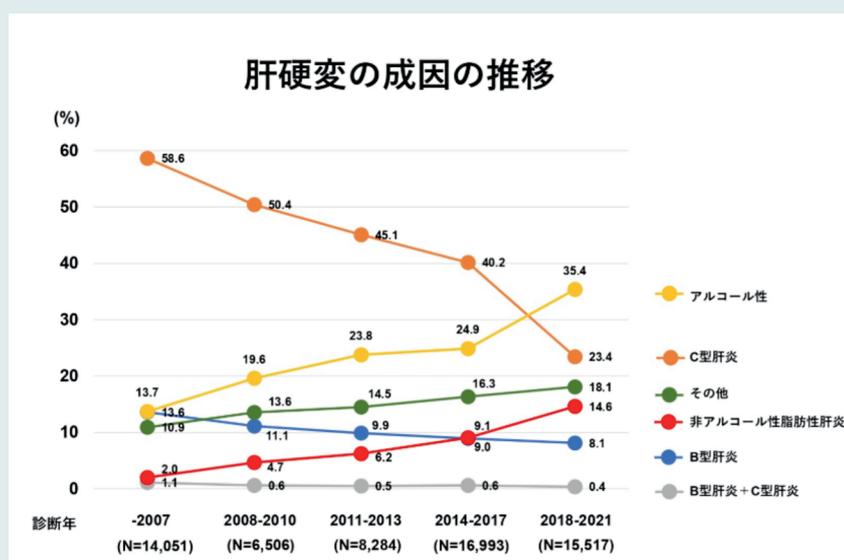
e) 間違い

特に肝硬変まで進行している場合には断酒を第一に行うべきですが、それができない場合には節酒(ハームリダクション; harm reduction)から開始することも有効です。

肝Coに必要な知識

◆ アルコール性肝疾患の疫学

近年の慢性肝疾患、肝硬変の成因別調査では非ウイルス性肝疾患の割合が増加してきています。これはHBVやHCVに対する薬物治療が効果的であることも一因ですが、飲酒を含めた生活習慣に関連した脂肪性肝疾患の増加による要因が大きいと考えられます(文献1)。また最近では、過量飲酒だけではなく代謝障害関連肝機能障害(MASLD)と両方の側面を併せ持つ患者(Met-ALD)の概念が確立されています(文献2、3)。今後は肝炎ウイルス患者の拾い上げやHBV再活性化対策などの説明や対応だけではなく、適切な飲酒習慣、生活習慣に関連する情報提供も必要です。

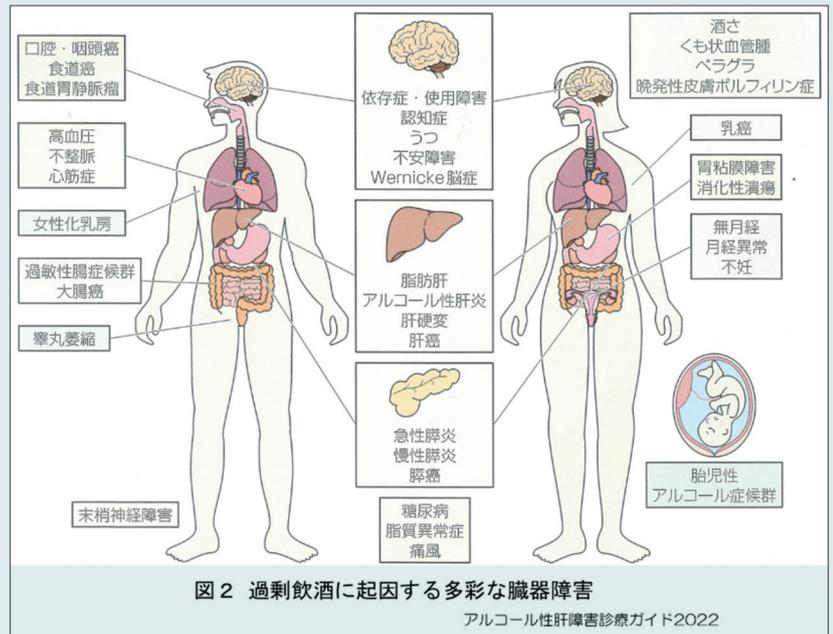


(文献1より引用)

◆ 病態

主な臨床経過では他の原因による肝炎同様に肝線維化が進行し肝硬変、肝がんの危険性が高まります。肝硬変になると肝臓の動きが低下して倦怠感、腹水や浮腫、肝性脳症や感染症罹患、食道や胃、直腸静脈瘤など多くの合併症で入退院を繰り返すことを説明する必要性があります。また、このような病態まで進行すると不可逆的な状態となるため、そうなる前に断酒・節酒の実行が重要です。

病態生理学的には過量飲酒によるエタノールやエタノールを代謝する際の生化学的影響が肝細胞、肝臓内の他の細胞に対して肝細胞障害、肝細胞内脂肪滴貯留、肝線維化、肝発がんなどを惹起することに関連します。また過量飲酒は肝臓病や依存症などの精神疾患のみならず、多くの臓器障害を惹起することも再認識すべきです(文献4)。



(文献4より引用)

◆ 診断と検査 (飲酒量計算とAUDIT)

アルコールによる肝病態の把握としては、一般的な肝機能検査で肝障害を確認し他の原因の除外を行います。また飲酒の間接的なマーカーとして糖鎖欠損トランスフェリンを利用した%CDTやMCV(平均赤血球容積)の高値などもアルコールの影響を判断するには有用です(文献4)。病理学的検査が必要な場合がありますが、すべての患者で肝生検を施行することも難しいため、まずは断酒、節酒を行って肝障害の推移を確認することも現実的対応です。その際には他の非侵襲的な線維化評価(各マーカーやエコー、MRIなどを利用)を行っておくことも重要です。

また、肝病態だけではなく、精神的な面から飲酒習慣を把握しアルコール使用障害(Alcohol use disorder; AUD)として対応する必要があります。具体的には現在の飲酒状況を認識することが重要であり、そのためには飲酒量計算やAUDIT(The Alcohol Use Disorders Identification)スコア(文献5)を利用して客観的に把握します。

表1 飲酒習慣スクリーニングテスト
(The Alcohol Use Disorders Identification: AUDIT)

質問番号	概念領域	質問内容
①	危険なアルコール使用	飲酒の頻度
②		通常の飲酒量
③		多量飲酒の頻度
④	アルコール依存症状	飲酒に対するコントロールの障害
⑤		飲酒の優先度の上昇
⑥		朝酒
⑦		飲酒後の罪悪感・後ろめたさ
⑧		ブラックアウト
⑨		飲酒関連のけが
⑩	有害なアルコール使用	他者が飲酒を心配する

・小松知巳、吉本尚、アルコール使用障害特定テスト使用マニュアル
・Babor TF, Fuente DL Jr, Saunders JB et al : AUDIT: The Alcohol Use Disorder Identification Test: Guidance for Use in Primary Health Care. WHO, 1992

(文献5より引用)

飲酒量計算は図に示すように大まかな計算で評価可能だがインターネット上の計算サイトも多数あります。アルコール10gを1ドリンクとして説明すると相談者には認識してもらいやすいです。またAUDITスコアはアンケート形式なので短時間(5-10分)で評価できます。各項目が4点で40点満点。男性は8点以上、女性は4点以上が危険な飲酒と考えられます。結果としてAUDの中に存在する依存症の危険性を把握できるので、精神科との連携の際に大変有用です。今後は、その患者の多さからAUDや依存症の診療には精神科や内科だけでなく多職種の医療従事者が協力し、相談者やご家族とAUDや依存症に関して一緒に認識しておく必要もあります。依存症はコントロール(量、時間、状況)ができなくなる病気です。アルコール依存症の診断基準に当てはまる方は約100万人とも言われており、1日平均男性40g以上、女性20g以上を飲酒する方の10人に1人が該当する可能性があります。そのうち治療を受けている患者数は約5万人とわずかであることが報告されており(文献6)、誰でもなりうる身近な疾患であることを理解してもらうことが大切です。

$$\text{純アルコール量} = \text{飲酒量(ml)} \times (\text{アルコール度数}/100) \times 0.8$$

$$\text{例) ビール500ml} \times (5/100) \times 0.8 = 20(\text{g})$$

ビール(5%)	日本酒(15%)	チューハイ(7%)	ワイン(12%)	ウイスキー(40%)	泡盛(30%)
500ml	1合(180ml)	350ml	グラス2(200ml)	ダブル60ml	0.5合(90ml)

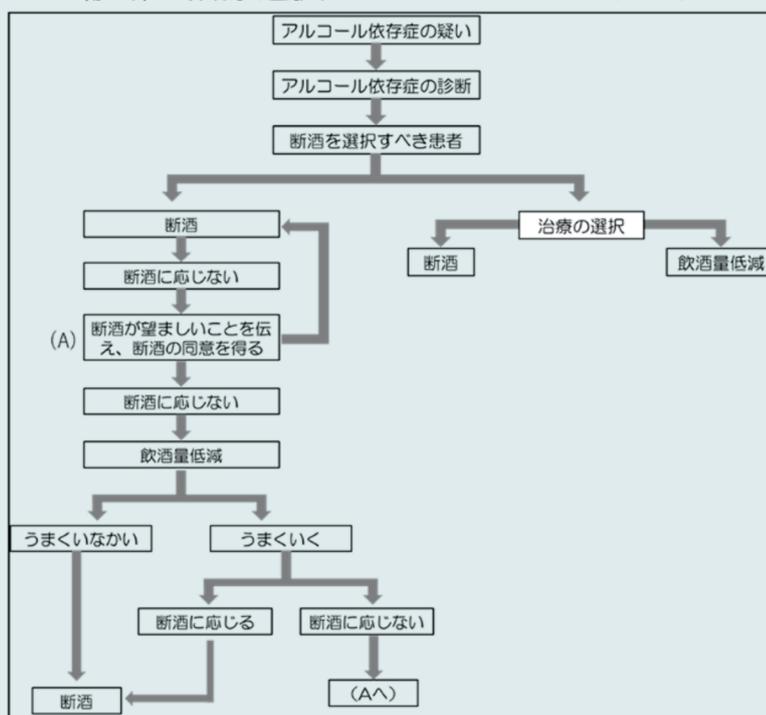
図3 純アルコール量20gとはどのくらい？

(執筆者作成)

治療

アルコール性肝障害治療のスタートは断酒や節酒です。肝線維化が弱く過量飲酒のみであれば適切な飲酒量や飲酒習慣を指導することを基本としますが、肝線維化が進行している場合には断酒の達成とその維持が原則です。さらに肝硬変に進行した場合には各種合併症対策や肝がん治療、肝がんの監視なども並行して行います。また断酒を達成できない患者においてはハームリダクションの概念から節酒から開始することも有効です(文献7)。まずは節酒から開始し、飲酒をコントロールすることを自覚してもらうことで患者の受療意欲を向上させ次第に断酒へ近づけることを目的とします。これらの対応は内科医師や精神科医師の介入のみでは不可能な場合もあり、ほとんどの患者で心理社会的な支援が必要とされます。実際にその役割を担い、精神科介入へ繋げる存在としての肝炎Coの存在がとても重要です。

診断・治療選択のためのフローチャート



新アルコール・薬物使用障害の診断治療ガイドライン(第1版)より作成

内科的、心理社会療法のみでコントロール困難な場合には薬物療法も検討され、嫌酒薬や断酒補助薬が主に精神科で使用されていましたが、近年新たな節酒薬の使用が可能となり飲酒量低減効果を認めています。これは内科医でも肝臓学会のeラーニング受講後に処方可能ですが、多職種連携によるチーム医療を念頭にメディカルスタッフ向けeラーニング教材もありとても有用な講義内容となっています。さらに複数の節酒webアプリも開発され医療用として公的保険適応のアプリも使用可能となっています。また医療の面だけではなく、相談者及びそのご家族がはじめに相談できる体制も各自治体で整っています。具体的には精神保健センターや保健所などにおいて、過量飲酒の段階や社会生活に問題が見られた場合に相談することが可能で、その情報を提供することが肝Coに望まれています。



肝Coの対応ポイント

- ◆ アルコールに関する問題は「恥ずかしい」「怒られるのでは」と思う方も多いため、まずは安心してお話いただける雰囲気づくりが大切です。
- ◆ 飲酒量や生活の状況、ストレスや孤独感など、飲酒の背景にある要因をゆっくりお聞きし、患者さんのペースに合わせて節酒や断酒の方法を一緒に考えることが望ましいです。
- ◆ 必要に応じて、依存症専門医療機関や相談窓口の利用もご案内すると、支援体制が広がります。また家族が悩みを抱えていることも多く、ご家族にも配慮しましょう。
- ◆ 「少し減らすことからでも大丈夫ですよ」「また挑戦できますよ」「昨日より少し減らしましたね。」といった、小さな変化を認める声かけが、患者さんの励みになります。
- ◆ 「飲みたい時にできる別の習慣」(例:軽い運動、ノンアルコール飲料、趣味)を一緒に考えると実行しやすいです。
- ◆ 診察前の面談情報を医師と共有し、チームで支援していることを示すことで、患者さんの安心感と受診継続を促します。

参考文献

1. Hirayuki Enomoto et al. Hepatology Research. 2024;54:763-772.
2. Mary E. Rinella et al. J.Hepatology December 2023. vol. 79. 1542-1556.
3. Masato Yoneda et al. Kanzo 2024; 65: 420-432.
4. アルコール性肝障害(アルコール関連肝疾患)診療ガイド2022 日本肝臓学会編.
5. Babor TF, Fuente DL Jr, Saunders JB et al. Guidance for Use in Primary Health Care. WHO, 1992.
6. 厚生労働省患者調査政府統計の総合窓口e-Stat, 2014.
7. 新アルコール・薬物使用障害の診断治療ガイドライン作成委員会(監):新アルコール・薬物使用障害の診断治療ガイドライン 新興医学出版社 2018.