

社会保険総合病院 第8回CPC

日付 2001年5月21日 場所 札幌社会保険総合病院 2階 講義室

「アルコール依存症の糖尿病症例」

報告者	臨床経過	内科医師	岡本 敏哉	司会	内科部長	小野 百合
	看護経過	3西Ns	長浜亜紀子		病理部長	高橋 秀史
	病理解剖所見	病理部長	高橋 秀史			

症例 Y・さん 58歳 男性

【臨床経過】

【入院までの経過】

平成6年より糖尿病にて栗原内科通院中であつたが、毎日ウイスキーやワインをコップ2杯程飲んでた。平成10年3月25日に夕食を摂取せずにインスリンを打ち、低血糖による意識障害のため、救急車にて来院し、入院した(1日間)。その後栗原内科を通院していたが、平成10年10月に定年退職した後、生活が乱れて、朝にワイン1本、夕にワイン1本を飲酒し、食事量は低下していた。妻が平成11年10月中旬にアルコール大量飲酒にて入院してからは食事を買ったり、作ったりすることが面倒となり、食事をせず、飲酒していた。11月頃より全身衰弱し、倦怠感、脱力感が強く寝返りがやっとになり、本人が拒否するも平成11年12月2日に救急車にて搬送となり、第2回目入院。入院後、体重30kgにてるいそう著明、I VH管理にて体重が35.5kgとなり、退院後の訪問看護、配食サービス、太田病院への受診をケースワーカーとともに勧めたが、本人は当院の通院を拒否し、栗原内科への通院を希望し退院した。第2回目退院後も、アルコールを飲酒し、食事の摂取量も少なかった。平成12年10月29日から数日間連続飲酒し、11月末より乏尿が約1週間続き、12月7日救急車にて搬送され、緊急入院。

【既往歴】

42歳時 急性膵炎にて膵1/3切除、脾摘

【家族歴】

特記事項なし

【入院時現症】

身長167cm、体重約29.6kg

血圧84/50mmHg、体温36.6度

著明なるいそうと脱水を認める。右肺背部にラ音を聴取。肝臓を触知しない。腹部平坦、圧痛なし。下肢浮腫なし。

【入院時検査所見】

WDC7986/ μ (ncu81%, lym 14%, mon 4%, eosino 1%), FBC $254 \times 10^4 / \mu$ l, Hb8.3g/dl, Ht24.6%, plt $8.5 \times 10^4 / \mu$ l, TP8.8g/dl, Alb 4.1g/dl, GOT 30IU/l, GPT 29IU/l, LDH 263IU/l, ALP 169IU/l, γ -GTP 76U/l, T-bil 0.2mg/dl, BUN 108.9mg/dl, Cr 7.4mg/dl, Na134mEq/l, K3.8mEq/l, Cl105mEq/l, CPK315IU/l, AMY1038IU/l, CRP3.4mg/dl, 動脈血pH7.139, HBsAg(-), HCVAb(+)

胸部X線写真：右上葉に浸潤影を認めた。

【入院後の経過】

入院後、血糖についてはインスリンによるスケールとインスリン持続注入療法にて血糖は安定していた。右肺炎に対しては、イミペナム1g \times 1、 γ グロブリン製剤5g3日間を投与した。また、代謝性アシドーシスに対し、重炭酸ナトリウムを投与した。入院時、血小板減少があり、感染症に

よるDIC（播種性血管内凝固症候群）と考え、アンチトロンビンⅢ製剤3Vを3日間、同時にメシル酸ナファモスタット100mg+5%グルコース500ml（24hr）を開始した。高アミラーゼ血症を認め、急性膵炎も疑ったが、腹痛なく血清学的にWBC、LDHの上昇もなく、12/8にはアミラーゼは665IU/lまで低下しており、絶食、メシル酸ナファモスタット投与により、結果的には膵炎の治療として十分であった。また、急性腎不全を認めたため、12月8日より透析を開始するも、循環器動態不良にて十分量除水できず、体重はほぼ毎日増加し、38.7kgとなった。12月27日浸潤像は両側に広がったため、抗生剤を塩酸セフェピム1g×1へ変更するも、改善なく、12月31日よりイミペナムへ戻した。その後、徐々に呼吸不全が進行し、平成13年1月4日永眠された。

【看護経過】

【患者紹介】

元会社員。妻と長男の3人家族（次男は別居）。本人、妻共に健康を害することを知りながら、アルコールに依存的であった。性格は頑固で、通院も自己中断していた。

【看護経過】

急性期を脱するまでは全身管理と観察を重点的に行った。生命の危機を目の当たりにしている家族は患者の死に対して不安を抱いていたため、その不安を軽減でき、家族が納得できるように家族と医師との間に立ち、気持ちの傾聴に努めていった。しかし患者は表出が少なく、口を開くときには「おれはどうせ死ぬんだ」という発言であり、現状をどのように認識しているのか把握するのが困難であった。行われる処置に対しては協力的でこそなかったが、拒絶することもなかった。妻はたびたびアルコール臭があり、そういう時に限って医師からの説明を求めている。医師の説明には「わかった」と一応の理解を示したが、現実を直視出来ていない様子から理解が十分にされているかは疑問であった。連日看護婦のカンファレンスではT氏と家族が何を求めているか話し合ったが、生命への執着が乏しいT氏と、現実から逃避しが

ちな家族へどのようなアプローチが必要なのか見いだせないまま、T氏は全身状態が悪化し永眠された。

【臨床上の問題点】

剖検依頼時の問題点

- # 1. 呼吸不全の原因（肺炎or肺水腫）
- # 2. 急性腎不全の原因（腎臓or腎前性）
- # 3. 肝硬変の程度と原因（HCVorアルコール）
- # 4. 膵炎の程度

その他の問題点

- # 1. 栄養状態不良
- # 2. 循環動態不良
- # 3. 糖尿病

【看護上の問題点】

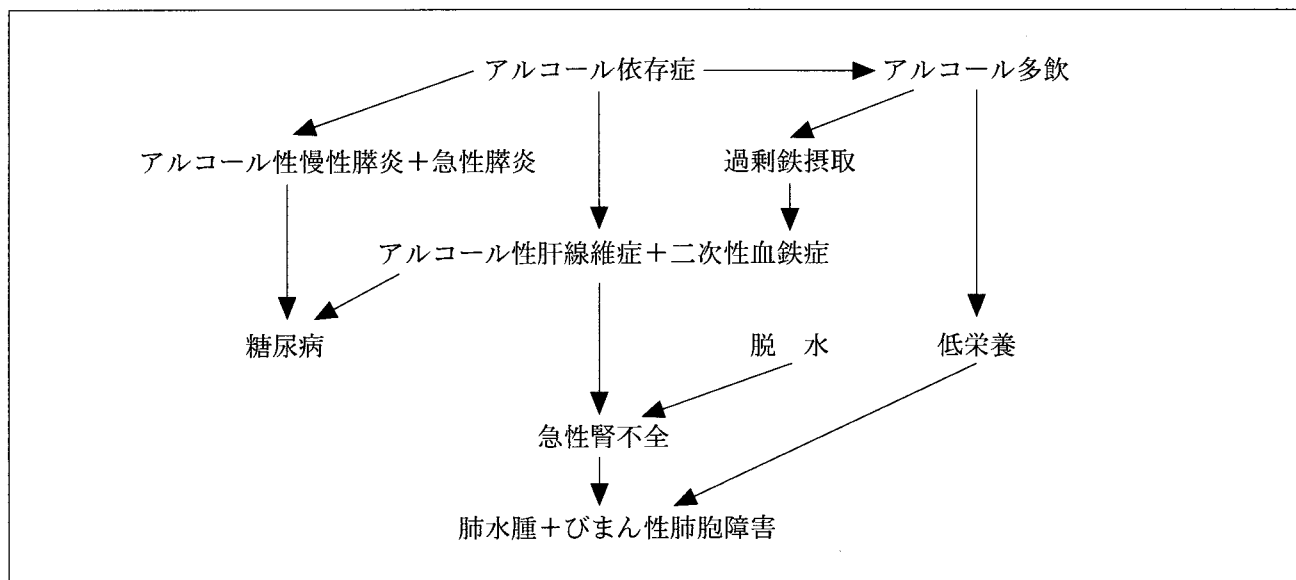
- # 1. 急性腎不全による生命維持の危険
- # 2. 肺炎
- # 3. 循環動態の変調
- # 4. 保清セルフケア不足
- # 5. 褥創のハイリスク状態
- # 6. 不眠
- # 1'. 全身状態悪化による生命維持の危険性

【病理解剖組織診断】

454

- 1. 肺水腫+びまん性肺胞障害
- 2. 臓器萎縮（低栄養）：肝、腎、副腎、心、膵
アルコール性肝線維症（橋形成性線維化）
+二次性血鉄症
- 3. 腎硬化症〔腎不全（腎前性）〕
- 4. 慢性膵炎（膵線維症+膵石、膵尾部切除後）
+急性膵炎（膵管内外の好中球浸潤）
- 5. 脾摘後
- 6. 動脈硬化症（大動脈、中等度）
- 7. [糖尿病]

【病理チャート】



【キーワード】

大量飲酒者：我が国における大量飲酒者とは、概ね毎日純アルコール量150ml（日本酒約5合半、ビール約6本、ウイスキーダブル約6杯）以上常用する人、（常用飲酒者は3合／日）中年男性の急死者の30%が大酒家であったという報告がある。大酒家の急死例で、必ずしも冠不全や心筋症や不整脈がなく「大酒家突然死症候群」という概念を提唱する学者もいる。その特徴は1）食事をとらないで大量飲酒、2）臨床的には意識障害、腎不全やショックで急死する、3）病理では脂肪肝から脂肪性肝硬変が特徴で、慢性膵炎の合併も見られる。

【病理から臨床へ】

急性腎不全による肺水腫とびまん性肺胞障害が死因と考えられます。門脈域に軽度のリンパ球浸潤を示すが、ウイルス肝炎よりもアルコール性肝障害が主な所見です。また、肝臓のKupffer細胞に鉄沈着を認め二次性血鉄症の所見です。アルコール依存症では臓器重量が増える傾向にあるが本症例では臓器の萎縮傾向があり、低栄養が原因と思われます。膵はアルコール性慢性膵炎のほかに急性膵炎も認め、循環障害を助長した可能性があります。

【臨床の教訓】

入院時認めた肺炎は改善したが、極度の低栄養、高度の循環不全のために透析が維持できなかった。X-P上の両側浸潤影は肺炎主体か肺水腫主体か鑑別が困難であった。

【看護の教訓】

生命に執着がない患者と、現実を直視できない家族に対するアプローチは困難であった。患者、家族共に相反する言動や態度が見られた。患者への看護と家族への関わりを我々が混同していたため、両者へのアプローチ法が見えなかったと思われる。両者へのアプローチを別個のもととして考えていたなら、別の結果が得られていたかもしれない。また患者死亡退院後も残された家族の心のケアを引き続き行っていく必要を痛感した。