

アルコール離脱症候群の 早期診断とマネージメント

筑波大学附属病院 総合診療グループ

筑波メディカルセンター病院 総合診療科

作成：PGY4 久野 遥加

監修：五十嵐 淳

監修：五十野 博基

分野：総合内科
テーマ：診断・治療

Clinical Story

62歳 男性 生粋の茨城県人

【現病歴】

20歳頃よりビール中瓶3本/日程度の飲酒を毎日行っていた。
受診前日21時が最終飲酒であった。
受診当日14時、雨天バイクで走行中に転倒し、
左足関節果部骨折をきたし、緊急入院となった。

【既往歴】 なし

【内服薬】 なし

【生活歴】

喫煙：なし 飲酒：ビール 2リットル/日×42年 アレルギー：なし 職業：自営業

【入院時現症】

意識清明でバイタルサイン・頭頸部・胸腹部・神経学的所見に異常なし。
血液検査，心電図，胸部X線検査で特記事項なし。



【入院後経過】

左足関節果部骨折部位をギプス固定し，待機的手術の予定となった。
入院1日目夜間，そわそわとしており，軽度の頭痛を訴えていた。

入院2日目 13時頃，光がまぶしいと訴えており，額に汗をかいていた。
同日23時頃，病室から出て行こうとしているところを看護師が発見した。
声をかけたところ，「今から客がくる。酒を買いに行くっぺ。」と言い，
制止すると「うるさい！」と大声で叫んで，興奮した様子であった。
数人のスタッフで対応したが，手足を振り回しており，当直医へ連絡が入った。
経過より，**アルコール離脱症候群**が疑われた。

Clinical Question

- アルコール離脱症候群の早期診断は？
- 専門医へのコンサルテーションの判断は？
- プライマリ・ケア医が担当する際の治療方針は？

アルコール離脱症候群の診断基準(DSM-5)

- ① 大量[※]かつ長期間にわたっていたアルコール使用の中止（または減量）
- ② 以下のうち**2つ**以上が、①の数時間～数日以内に発現する

- ・自律神経系過活動（例：発汗，脈拍 > 100 回/分）
- ・手指振戦の増加
- ・不眠
- ・嘔気または嘔吐
- ・一過性の視覚性，触覚性，聴覚性の幻覚または錯覚
- ・精神運動興奮
- ・不安
- ・全般性強直間代発作

- ③ ②の徴候・症状が，苦痛または社会的機能の障害を引き起こしている
- ④ 他の医学的疾患や中毒・精神疾患によるものでない

※ 大量(多量)飲酒の定義：純アルコール量で1日平均60gを超える飲酒。純アルコール量60g = ビール中瓶3本，日本酒3合弱，25度焼酎300ml

飲酒歴の聴取が早期診断のポイント！

AUDIT または **CAGE** で病歴聴取 + アルコール依存症のスクリーニングをしよう！¹⁾

「AUDITってなに？」という人は、CQ：「アルコール問題のスクリーニング」を読み返そう！

～重症化を防ぐチェックポイント～

1. 飲酒量は家族や友人に聴こう！²⁾

付き添いの人がない場合は患者の自己申告×2倍で換算しよう！

2. 最終飲酒時刻を聞き出そう！³⁾

最終飲酒からの時間経過で病状を予測しよう。

早期アルコール離脱症状は最終飲酒後2-4時間にピークあり。

3. 他の薬の使用，アルコール離脱症候群の既往は重症化しやすい！⁴⁾

薬物使用（ベンゾジアゼピン，抗うつ薬，覚せい剤など）や

再発例は重症化のリスクファクターとなる。



画像：www.irasutoya.com

最終飲酒からの時間経過が症状予測に重要

※アルコール離脱症候群：Alcohol Withdrawal Syndrome (AWS)

Last Drink
0時間

半日 — 2日目

3日目 — 7日目

6 – 8時間 24時間

48時間 72時間

早期症候群

不安, 頭痛, 動悸,
消化器症状など

後期症候群

失見当識, 興奮, 幻覚, 血圧上昇,
発熱, 発汗過多, 複視

アルコール関連けいれん

振戦せん妄

ピークは10-30時間後.

頭痛, 発汗, 光過敏など.
わずかな徴候を見逃さない.
(CIWA-Arの項目参照.)

ピークは12-48時間前後.

短時間の全般性強直間代けいれんが多い.
アルコール血中濃度がゼロになる前に生じる. AWSの8%に起こる.

ピークは48-72時間後.

AWSの5%に起こる.
死亡率が高い.
失見当識, 幻覚など.

振戦せん妄のリスクファクター

高熱 (> 39.9°C) , 頻脈, 発汗

脱水, 合併症あり (肺炎, 膵炎など)

高度の不安, 不眠

低血糖

他の精神疾患, 抗精神病薬の使用

栄養状態不良

低K血症 (呼吸性アルカローシス合併) , 低Ca血症, 低Mg血症

多量飲酒 (> 15単位/日の飲酒)

※1単位=ビール500ml or 25度泡盛100ml or 日本酒1合

身体所見と
精神運動興奮症状
に注目!

アルコール離脱症候群の**死亡率は高い** **早期診断，介入で重症化を防ぐことが重要**

- 米国において，DSM-IVの診断基準を満たし入院加療を行った「アルコール離脱症候群（AWS）」はAWS患者全体の10-20%のみであり，大部分のAWSは診断・治療介入できていなかったと推測される。
Abbott PJ. Am J Drug Alcohol Abuse. 1995;21:p549-63.
- 「アルコール離脱症候群」は，無治療では15-20%が振戦せん妄へ移行する。
Adinoff B, et al. Medical Toxicology 1988; 3: p172-196.
- 振戦せん妄の死亡率は5%以上と報告されている。
- 早期診断，適切な薬物治療，併存疾患への介入により，振戦せん妄の死亡率が37%低下した。
DeBellis R et al. J Intensive Care Med. 2005;20(3):p164.

アルコール離脱症候群の鑑別疾患・併存疾患

内分泌・代謝	甲状腺中毒症, 低血糖, 脱水, 電解質異常 (低K血症, 低Mg血症)
薬物	薬物中毒 (抗コリン薬・アンフェタミン・コカイン) 他の鎮静薬・睡眠薬 (ベンゾジアゼピン, 麻薬) からの離脱
中枢神経系	中枢神経系の感染 (髄膜炎, 脳炎など) 外傷 (脳出血, クモ膜下出血など)
消化器	急性膵炎, アルコール性肝障害, 消化管出血
呼吸器	肺炎
精神	うつ病

DynaMed. Alcohol withdrawal, <http://web.ebscohost.com/dynamed>. 2015.6.21.

UpToDate. Management of moderate and severe alcohol withdrawal syndromes, <http://www.uptodate.com>. 2015.6.21.

Mayo-Smith MF, et al. Arch Intern Med 2004; 164:p1405.

専門家コンサルの判断は？

CIWA-Ar

Clinical Institute Withdrawal Assessment scale for Alcohol, revised

(臨床アルコール離脱評価スケール改訂版)


10項目で重症度を分類する。治療方針を決めるために有効。

スコア(計67点)：0～9点=軽度 10～15点=中等度 16点以上=重度

**CIWA-Arスコア \geq 16点 (重症) の場合は、
精神科へコンサルテーション**

CIWA-Ar

スコア：0～9点=軽度 10～15点=中等度 16点以上=重度

	嘔吐	振戦	発汗	不安	興奮	頭痛	見当識障害	聴覚障害	視覚障害	触覚障害
										
0	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし
1	軽度の嘔気 嘔吐なし	軽度： 視診で確認できないが、 指先では感じる	手掌が 湿潤	軽度の 不安あり	活動性は やや増加	ごく 軽度	日付，場所，人 を連続して 答えることが できない	非常に 軽度の 耳障りな音	非常に 軽微な 光過敏	非常に軽微の かゆみ，灼熱間， しびれ
2						軽度	2日以内の 日付の間違い	軽度の 耳障りな音	軽微な 光過敏	軽度のかゆみ， 灼熱間，しびれ
3						中等度	3日以上 の日付の間違い	中等度の 耳障りな音	中等度の 光過敏	中等度のかゆみ， 灼熱間，しびれ
4	むかつきを伴う 間欠的嘔気	中等度： 上肢を伸展させると確認できる	前頸部に 滴状の 発汗あり	中等度の 不安あり。 警戒しており， 不安ありと推察できる	そわそわ している	やや重 度	人× 場所×	やや重症の 幻聴	やや重症の 幻視	やや重症 の体感幻覚
5						重度		重症の幻聴	重度の幻視	重度の体感幻覚
6						非常に 重度		非常に 重症の幻聴	非常に重度 の幻視	非常に重度 の体感幻覚
7	持続的 嘔気 頻回の嘔吐	高度： 上肢を伸展させなくても確認できる	全身の 大量 発汗あり	パニック	うろうろ している， 絶えず 激しく 動いて いる	極めて 重度		持続性の 幻聴	持続性の 幻視	持続性の 体感幻覚

画像：www.irasutoya.com

Sullivan JT, et al. Br J Addict 1989; 84(11): p1353-1357. より改変.

CIWA-Arの有効性と限界

- ランダム化比較試験で、**CIWA-Ar**による重症度別の治療で、ベンゾジアゼピンの投与期間が短くなり、総投与量が減った。
Saitz M, et al. JAMA 1994;272:p519-23.
- **CIWA-Ar**による客観的なアルコール離脱症候群の評価により、過鎮静を避けることができる。 また、不十分な治療を減らし、重症化を減らすことができる。 Mayo-Smith MF, et al. JAMA. 1997;278(2):p144-51.
- 意識のある患者を想定した評価項目であり、意識障害のある患者では評価困難である。 また、けいれんの評価ができない。
Sullivan JT. et al. Br J Addict 1989; 84(11):p1353-1357.

CIWA-Ar Score を用いた重症度別マネージメント

10-15点はプライマリ・ケア医が治療. 16点以上はコンサル!

CIWA-Ar Score	推奨される治療内容・治療効果	内服薬例	クロルジアゼポキシド (バランス®, コントール®) が第1選択 用量 (1回量, 1日4回)
< 10	支持療法・モニタリング	1 日目	20 mg
10-15	薬物療法 ベンゾジアゼピン系薬を推奨 7日間以上の投与は推奨されない	2 日目	15 mg
≥ 16 ※	精神科医へのコンサルテーション	3 日目	10 mg
		4 日目	5 mg
		5 日目	5 mg, 1日2回

※ 10点以上で重度の身体合併症を有する場合も適応

離脱症候群の治療薬は何を使うか？

作用時間	一般名	商品名・規格	特徴・投与方法例（1回量/投与間隔） ^{2) 3)}
長時間作用型 BZD 半減期： 約20～100時間	ジアゼパム	ホリゾン® セルシン® 10 mg/2 ml/A	静注投与できる。作用発現が速い。精神運動興奮の治療に有効。 ⁵⁾ 10 mg q6 h ×1日間 → 5 mg q6 h ×2日間 添付文書) 2～10 mgを1日3～4回経口投与
	クロルジアゼポキシド	バランス®コントロール® 5 mg/1錠・10 mg/1錠	イギリスのガイドラインで推奨。 アルコール関連けいれんの予防に有効。 ⁵⁾ 例) 50 mg q6 h ×1日間 → 25mg q6 h ×2日間 添付文書) バランス® : 成人で20～60 mgを1日2～3回経口投与
短時間作用型 BZD 半減期： 約12～20時間	ロラゼパム	ワイパックス® 0.5 mg/1錠	ジアゼパムより半減期が短い、作用時間は長い。肝代謝でなく、<u>肝不全合併例への使用が推奨される。</u> 国内には静注薬はない。 離脱症候群の再発リスクを有意に下げる。 ⁴⁾ 例) 2 mg q6 h ×1日間 → 1 mg q6 h ×2日間 添付文書) 成人で1～3 mgを1日2～3回経口投与
	Oxazepam（国内での採用なし）		例) 30 mg q6 h ×1日間 → 15 mg q6 h ×2日間
β遮断薬, クトニジン, カルバマゼピン, 定型抗精神病薬			補助療法として使用される。単剤では推奨されない。

1) 医薬品医療機器総合機構 http://www.info.pmda.go.jp/psearch/html/menu_tenpu_base.html 2015.6.21

3) Janet Ricks, DO. Am Fam Physician. 2010; 82(4) : p344-347

2) Mayo-Smith MF. JAMA. 1997;278(2):p144-151

4) N Engl J Med. 1999;340(12):p915

5) Fam Physician. 1999;60(4):p1175

ベンゾジアゼピンの中で何がよいか？

- どのベンゾジアゼピン系薬もアルコール離脱症状の治療の安全性，有効性は同等である。 Cochrane Database Syst Rev 2010;(3).

～最近の薬剤比較試験の紹介～

- 合併症のないアルコール離脱症状の治療として，ロラゼパムは，クロルジアゼポキシドと同等の効果がある。 Ramanujam R. J Clin Diagn Res. 2015 ;9(3):FC10-3.
- ロラゼパムは，クロルジアゼポキシドより半減期が短く，肝代謝でないため，肝障害合併例への使用が推奨される。 Kumar CN, Andrade C, Murthy P.J Stud Alcohol Drugs. 2009;70(3):467-74.
- ロラゼパムはクロルジアゼポキシドよりアルコール離脱症状の重症化を防ぎ，症状を早く改善させる。 Rajmohan V. Asian J Psychiatr. 2013 ;6(5):401-3.

投与方法の比較

症状のある場合のみの頓用使用は，固定投与と効果は同等で，かつ少ない用量，短い投与期間であった。

投与方法	症状	レジメン
Symptom-triggered approach 症状のある場合のみ内服	なし	内服なし
	必要に応じて (CIWA-Ar Score > 8 のとき)	ロラゼパム2-4mg 1時間毎
Fixed-dose schedule 固定投与	なし	ロラゼパム2mg 6時間毎 ×1日間内服。 その後，ロラゼパム1mg 6時間毎×2日間内服。
	コントロールできない症状があるとき (CIWA-Ar Score > 8)	追加治療

Arch Intern med 2002 May 27, 162(10):p117
JAMA 1994 Aug 17, 272(7): p519

症例の経過

- 最終飲酒から48時間経過しており，振戦せん妄（CIWA-Ar 32点）と診断した．ジアゼパム（ホリゾン10 mg静注）を15分ごとに2回使用し，CIWA-Ar 14点へ改善した．
- 入院3日目，失見当識は改善したが，CIWA-Ar 9点と中等度の離脱症状が残存していたため，入院5日目までクロルジアゼポキシドの内服を継続した．
- 低Mg血症は認めず，食事摂取は良好で栄養状態は保たれていたため，Mg，ビタミンB1の補充は行わなかった．



Clinical Questionに対する答え

- アルコール離脱症候群の早期診断は？

Last Drinkからの時間経過で起こる症状と重症化のリスクファクターのチェック.

- 専門医へのコンサルテーションの判断は？

CIWA-Ar \geq 16点 (重症) で精神科へコンサルト.

- プライマリ・ケア医が担当する際の治療方針は？

CIWA-Ar \geq 10点で薬物療法を開始.

クロルジアゼポキシドが第1選択.