日本肝炎デーに因んで。
～アルコール性肝疾患について～

琉球大学病院第一内科　前城　達次

はじめに

日本肝炎デーは世界肝炎デーに連携して制定されています。世界肝炎デーとはWHOによってウイルス性肝炎（HBV, HCV）の認識を高め、予防・検査・治療の促進、患者・感染者に対する差別・偏見を解消することを目的として2010年に制定されました。主に肝炎ウイルスに関する啓発活動が行われますが、最終的には肝不全、肝がん患者の減少が目的です。しかし、ご存じの先生方も多いと思いますが、沖縄県における肝臓病の特徴として① HBV持続感染者の割合は高率だが臨床経過は大人しい場合が多く治療適応者はそれほど多くないこと[1, 2]、② HCV感染者の割合は全国平均よりも低率であること[3]があげられます。

沖縄県における肝硬変、肝臓がんの原因について

急性肝炎を除いて多くの肝臓病では慢性的に経過し肝硬変、肝がんへ進行する場合があります。沖縄県における肝硬変の原因としてはアルコール性が最も多く（図1）、肝がんの原因としてもアルコールを含むNonB/NonC肝がんが主な基礎疾患となっています（図2）。発がん

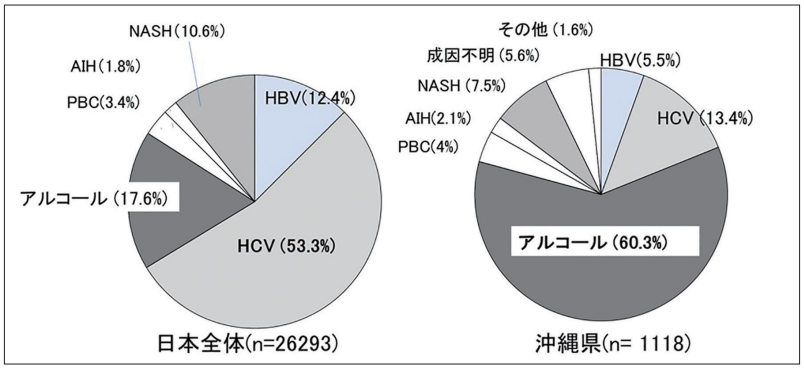


図1　肝硬変の原因　2014年　第50回日本肝臓学会総会　新垣伸吾

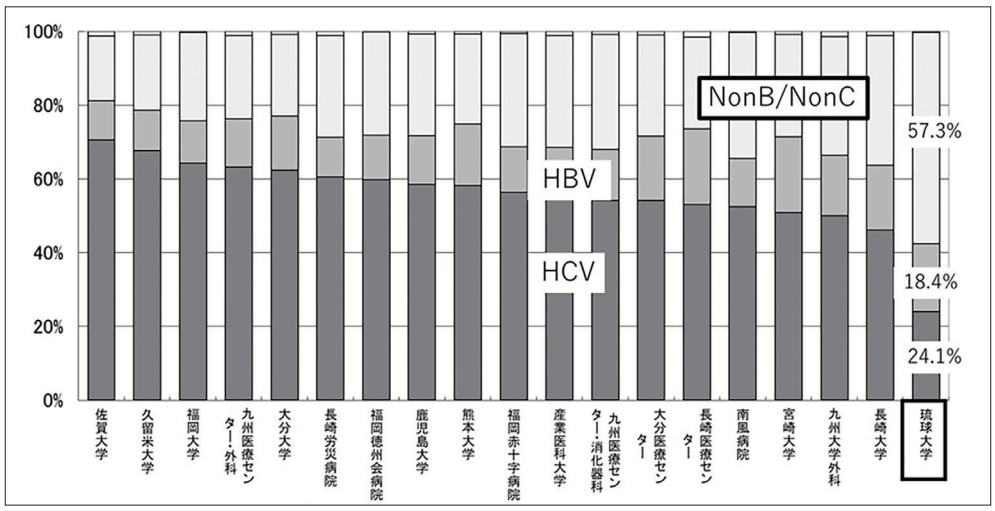


図2　施設別起因別割合　九州肝がん研究会1996～2020年（21,205例）

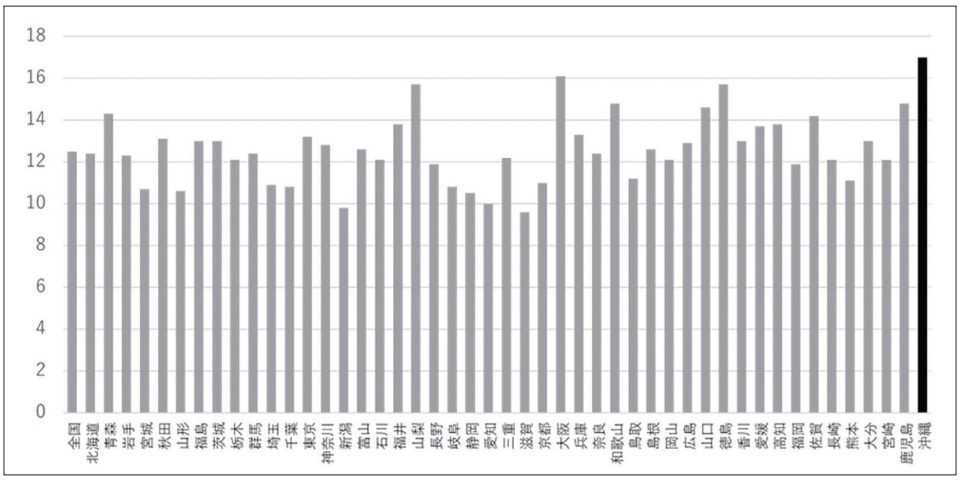


図３　肝疾患死亡率　人 /10 万人　平成 27 年度 人口動態別年齢調整死亡率

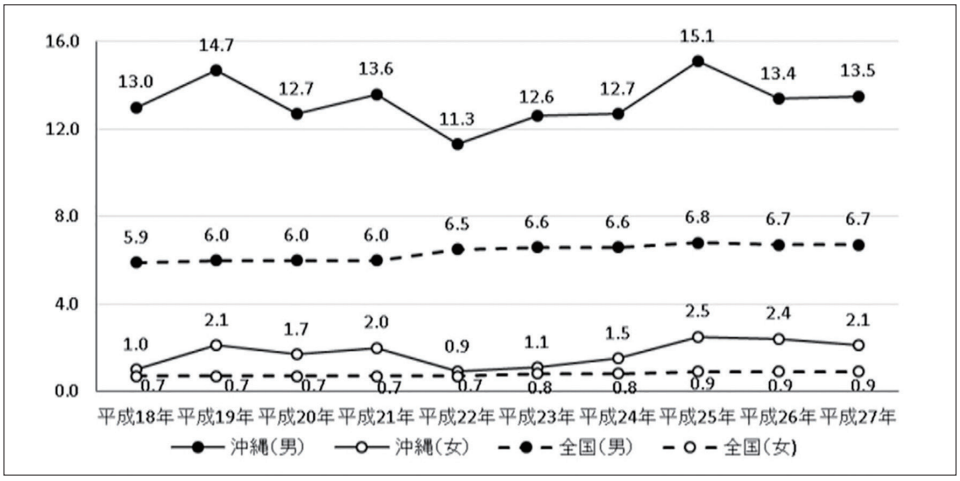


図４　アルコール性肝疾患死亡率（人口 10 万人対）厚生労働省人口動態統計

率は HCV, HBV が高率のため肝がん死亡率は幸いまだ低率です。しかし肝がんを除く肝疾患（主に肝硬変・肝不全）死亡率は沖縄県が全国一で、かつアルコール性による死亡率は男女ともに全国平均の約 2 倍と高率です（図 3, 4)。

アルコール性肝疾患患者について

当院における肝硬変診断時年齢は他の原因疾患と比較してアルコール性は約 10 歳ほど若く（図 5)、さらにアルコール性肝疾患の死亡時年齢では 50 歳代が最多で、女性では 40 歳代が多数でした (図 6)。言い換えるとアルコール性肝硬変では肝がんではなく肝不全で、比較的若年での死亡例が多数でした。医師会会員の先生方、特に消化器内科の先生方にとってはおそらく稀なことではないと実感できるかと思います。

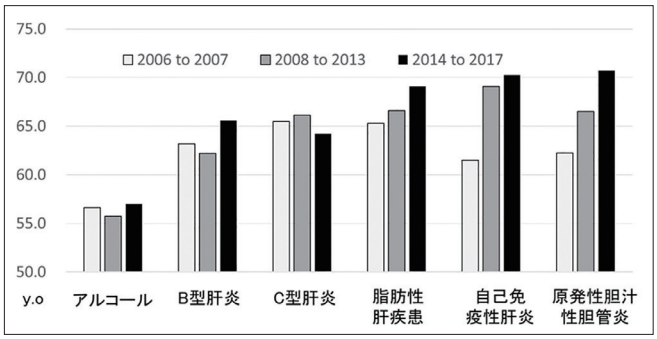


図５　肝硬変診断時年齢 @ 琉球大学病院、関連施設

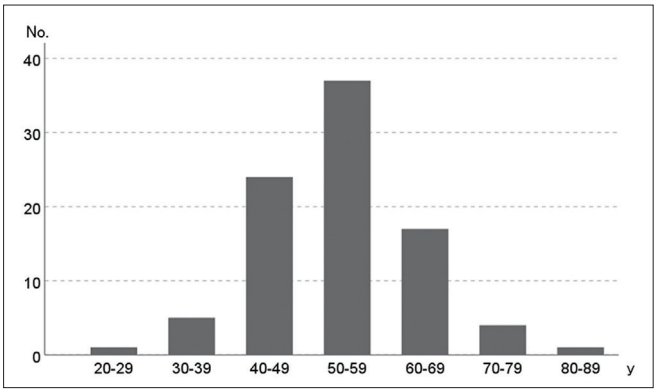
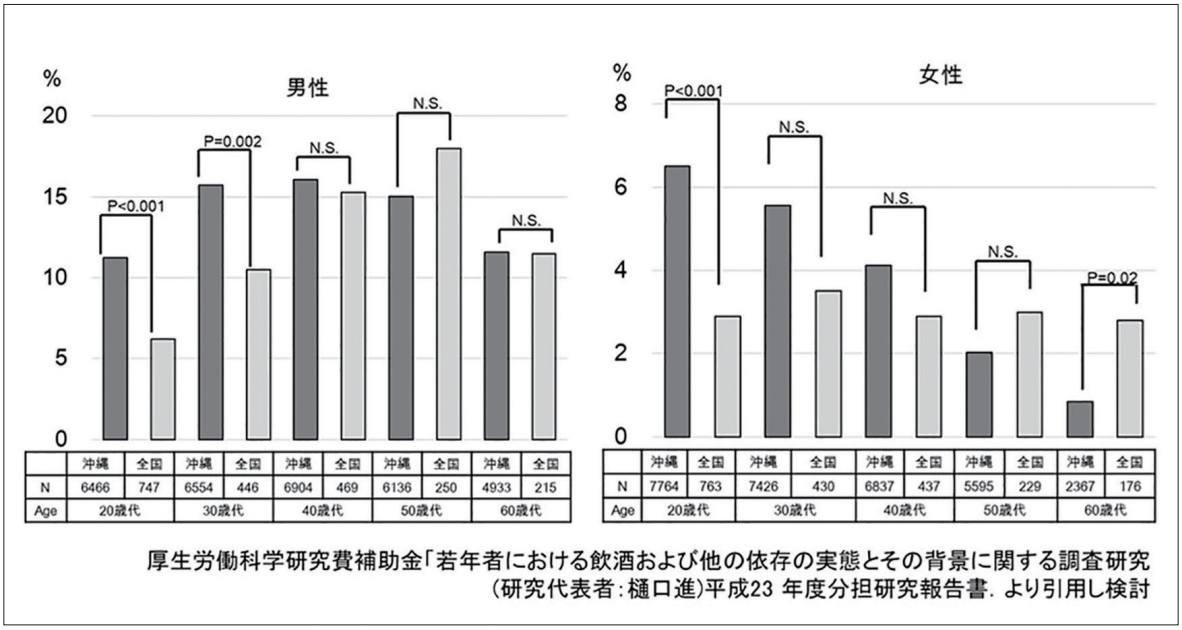


図６　アルコール性肝疾患 死亡時年齢　琉球大学病院

若年で肝硬変へ進行、予後不良な状況について考えること

肝硬変、肝不全まで進行するにはある程度の飲酒期間、飲酒量を要することから飲酒開始時期、飲酒習慣に関しても検討しました。沖縄県保健医療部によって県民の飲酒習慣に関する調査が行われました。その１項目に依存症になるリスクの高い飲酒習慣と関連する AUDIT（アルコール使用障害同定テスト）があります。沖縄県では男女ともに若年での AUDIT スコアが高値であり若年時の飲酒習慣の問題があげられます（図 7）。また別項目で初飲年齢も調査され全国平均に比べて沖縄県での初飲年齢が若く、未成年の時期から飲酒機会が身近にあると思われました。特に興味深いのは初飲年齢が若いほど、成人後も AUDIT スコアが高値であったことです（図 8）。アルコール性肝硬変患者全てが当てはまるわけではありませんが、多くの患者さんでは初飲年齢が早く、その後の成人期でも依存症になりやすい飲酒習慣を継続し比較的若年で肝硬変、肝不全へ進行している可能性もあると思われます。



	沖縄	全国	沖縄	全国	沖縄	全国	沖縄	全国	沖縄	全国
N	6466	747	6554	446	6904	469	6136	250	4933	215
Age	20歳代		30歳代		40歳代		50歳代		60歳代	

	沖縄	全国	沖縄	全国	沖縄	全国	沖縄	全国	沖縄	全国
N	7764	763	7426	430	6837	437	5595	229	2367	176
Age	20歳代		30歳代		40歳代		50歳代		60歳代	

図７　依存症の危険性が高い飲酒習慣（AUDIT>15 以上の割合）

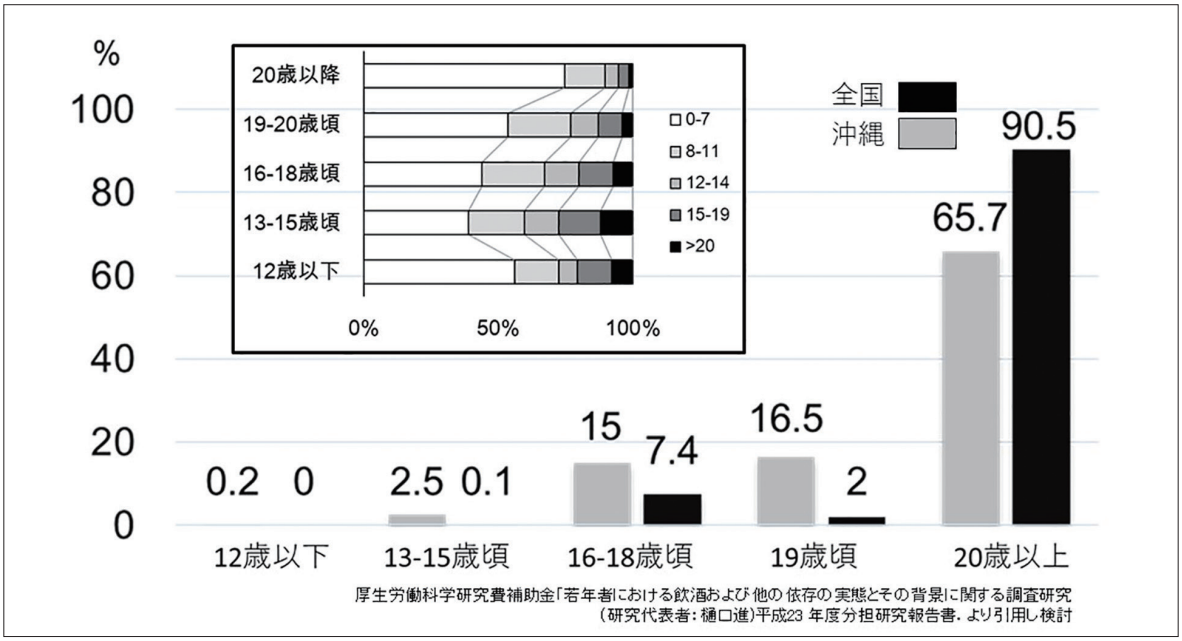


図８　初診年齢の割合（全国調査との比較）と初飲年齢別の AUDIT スコア

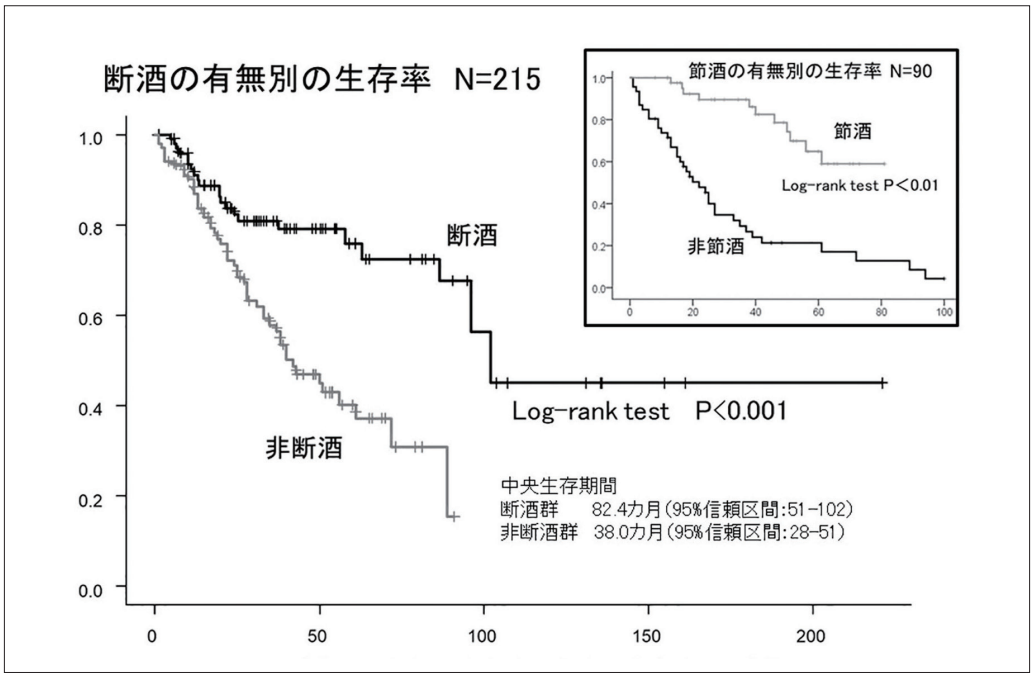


図９　断酒及び節酒の有無別生存率　琉球大学病院　関連施設

これからについて

沖縄県のアルコール健康問題を解決するために、患者さんや同居家族のご苦労を減らすために、二つの段階に分けて啓発できればと考えます。一つはまだ肝硬変に進行していない段階、特に若い方々には適切な飲酒習慣について、それにあたり個人的な問題だけとはせず、周囲との関連性、社会経済的な面で沖縄県には問題があることも認めながら情報提供して啓発すべきではないかと。もう一つは肝硬変に進行した段階についてです。当院と関連施設で予後を確認できた 215 名の肝硬変患者で断酒の有無別の生存率に明らかな差を認めました。また断酒できずとも節酒など飲酒習慣を少しでもコントロールすることで予後に期待が持てる場合もあります（図 9)。肝硬変患者にはそのような情報も説明しながら啓発ができればと考えます。

アルコール健康問題について、一人の医者だけでも、消化器内科医だけでも、さらに内科医だけでも解決不可能です。さらに断酒、節酒しないかぎりは解決へのスタートラインにも立てません。肝不全になれば肝移植による治療選択肢も考えられますが断酒が絶対条件であり、ドナー選定の問題、再飲酒を避けるためのサポート体制など、ご家族の精神的、身体的、社会的負担などを考慮すると慎重に適応を考えないといけません。肝硬変まで進行したが移植に繋がらない場合、できるだけ精神科を受診させ、断酒節酒を必須とし、対処療法を行いながら肝機能の回復を待つことしかできません。だからそこ肝硬変まで進行させないために飲酒習慣の改善が重要です。しかし人間の飲酒を含む生活習慣を改善することが相当難しいことは自分の反省も含めて痛感しています。精神科の先生のように冷静で効果的な説明が我々内科医、特に私には難しいことも多く、結構脅かすような説明になることが多いのが実情です。簡単ではありませんが理想的には患者一人一人の性格を見極めながら、あの手この手の説明方法を用いて、内容も飲酒継続によるこわ〜いこと、断酒による良いことについて説明し、少しずつ適正飲酒に繋げることができればと思います。

1) Nakayoshi T, et al. J Med Virol. 2003 Jul;70(3):350-4.
2) Maeshiro T, et al. World J Gastroenterol. 2007 Sep 14;13(34):4560-5.
3) 健康促進事業；https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkakukansenshou09/pdf/kensa-15.pdf