

低用量アリピプラゾールが奏功し 利尿剤調整が可能となった 低活動型せん妄合併右心不全の1例

柴田 恵多¹⁾²⁾, 和泉 祥大¹⁾, 和田 悠起子¹⁾, 柳田 亮¹⁾, 森 秀和¹⁾

1) 渋谷365メンタルクリニック 心療内科

2) 昭和医科大学江東豊洲病院 循環器内科

第29回 日本心療内科学会総会・学術大会

COI Disclosure



*Name of Authors : Keita Shibata, Yoshihiro Izumi,
Yukiko Wada, Ryo Yanagida, Hidekazu Mori*

演題発表に関連し、発表者らに開示すべき
COI関係にある企業などはありません

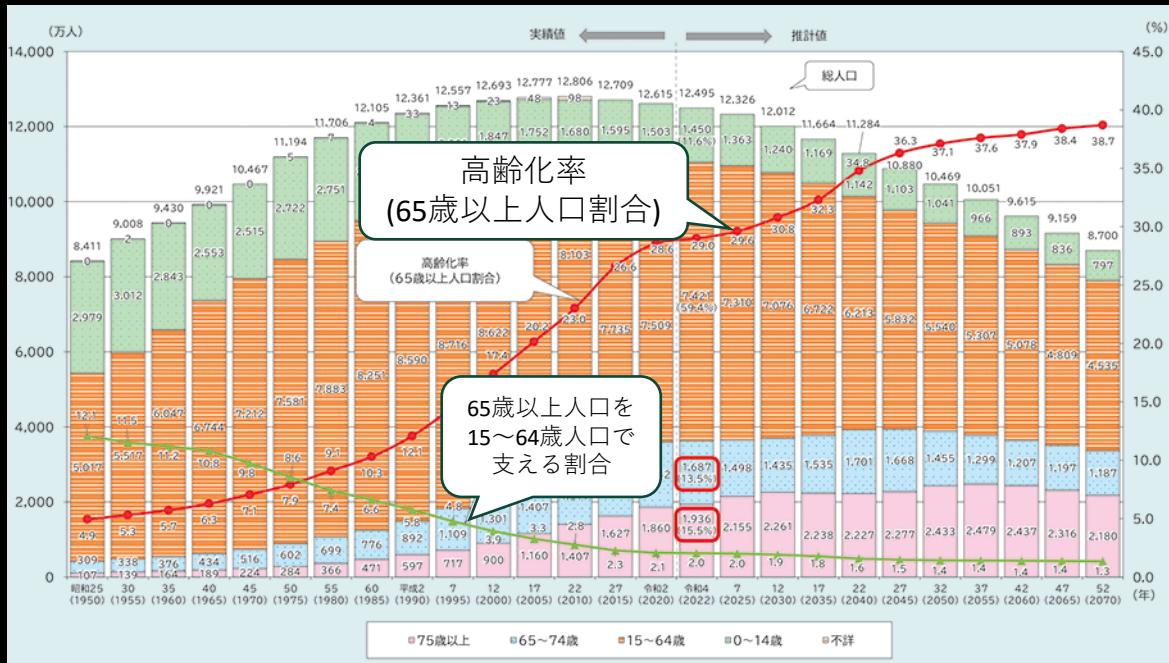
Introduction

心不全×高齢者

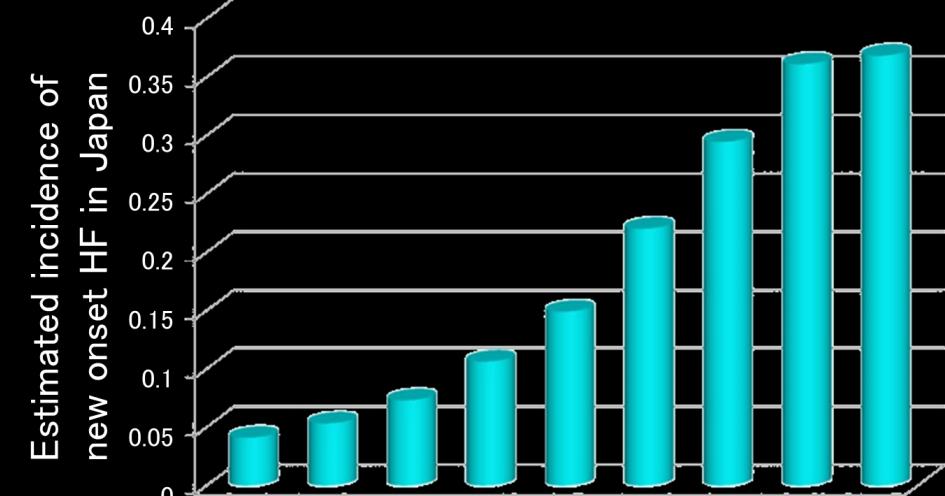
心不全パンデミック

高齢化が進み、心不全患者は増加

高齢化社会



心不全罹患者数
(million)



| Year | 1950 | 1960 | 1970 | 1980 | 1990 | 2000 | 2010 | 2020 | 2030 |
|------------------------------|------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| % of the elderly (≥65 years) | 4.9 | 5.7 | 7.1 | 9.1 | 12.1 | 17.4 | 23.0 | 29.1 | 31.6 |
| Total population (million) | 83.2 | 93.4 | 103.7 | 117.1 | 123.6 | 126.9 | 128.1 | 124.1 | 116.6 |

内閣府「令和5年版 高齢社会白書」図1-1-1「高齢化の推移と将来推計」より転載

Shimokawa H, et al. Eur J Heart Fail. 2015;17:884–92. 3

Introduction

心不全×高齢者×せん妄

- ・高齢者心不全において、せん妄は独立したリスク因子
- ・ADHF患者の20～30%がせん妄を発症、**低活動型は稀(5.6%)**
- ・心不全に合併した低活動型せん妄に対する“治療経過”や“介入内容”を詳細に記述した症例報告は、国内外ともにほとんど存在しない。

ADHF: Acute decompensated heart failure (急性非代償性心不全)

Irizarry-Caro JA et al. JACC Adv. 2024;3(10):101274.

Pak M et al. BMC Geriatr. 2020;20(1):524. 4

Case 80s Male

【主訴】呼吸困難

【現病歴】

X-9年に当院で心房細動と重症連合弁膜症に対して心臓外科的手術を施行。その後、慢性腎臓病および右室収縮の低下した右心不全にて当院通院加療中。

X年1月、他院にて右大腿骨転子部骨折に対して手術が施行されたが、循環器内科管理下で心不全が増悪。フロセミド180 mg/日の持続静注が必要となり、当院に転院搬送された。

Case 80s Male

【既往歴】

X-9年 心臓外科治療(僧帽弁形成術+三尖弁形成術+MAZE術+両心房縫縮術+左心耳閉鎖術)、洞不全症候群でペースメーカー植込み
永続性心房細動、慢性腎臓病、腎性貧血、高尿酸血症、十二指腸潰瘍

【内服歴】

エドキサバン 15 mg、ランソプラゾール 15 mg、
カルベジロール 2.5 mg、ダパグリフロジン 10 mg、トルバプタン 15 mg、
クエン酸第一鉄 100 mg、ダプロデュスタット 8 mg、
ドチヌラド 3 mg、フェブキソスタット 60 mg

点滴: フロセミド 180 mg div

Case 80s Male

【家族歴】心疾患・突然死なし

【嗜好歴】喫煙歴・飲酒歴なし

【生活歴】息子夫婦と同居, 職業: 喫茶店経営, ADL 杖歩行

【身体所見】HT: 153.0 cm、BW: 48 kg、BMI: 20.5 kg/m²

JCS I -0、BT: 36.7°C、PR: 80/min、BP: 100/60 mmHg、

RR: 18/min、SpO₂: 95% (O₂投与nasal 3L)

頭部: 眼瞼結膜に貧血なし、眼球結膜に黄疸なし

頸部: 頸静脈怒張、甲状腺腫大なし

肺音: 兩側湿性ラ音

心音: S₁・S₂正常、心雜音なし

下肢: 圧痕性浮腫 +++/+++

Case 80s Male

Laboratory date

RBC 321万 / μ L, Hb 10.7 g / dL, Ht 36.3 %

MCV 101 fL, MCH 32.9 pg, MCHC 32.5 %

WBC 6950 / μ L, Plt 34.3万 / μ L

TP/Alb 7.3/4.7 g/dL

AST/ALT 30/7 IU/L, γ GT 41 IU/L

BUN/Cr 64.1/1.73 mg/dL,

eGFR 30 mL/min/1.73m²

Na/K/Cl 136/3.9/91 mEq/L

CRP 3.76 mg/dL

BNP 246.9 pg/mL

Electrocardiogram

HR 80 /min, V pacing (full)



Chest X-ray

心胸郭比 : 60 %

両側CP angle dull

両側肺血管陰影増強



Transthoracic Echocardiography

LVEF 52 %

LVDd/s 41/31 mm

LAVI 51 mL/m²

TRPG 43 mmHg

RVSP 58 mmHg

IVC 22/15 mm

post MVP: MR mild

Post TVP: TR mild

RVFAC 31%

Pericardial effusion (+)



Clinical course 1

臨床診断

- #急性非代償性心不全(ADHF)
- #右室収縮の低下した右心不全
- #慢性腎臓病

DAY 6 ピモベンダン 2.5mg 開始
スピロノラクトン 25 mg、ベラプロスト 60 μ g 順次追加

DAY 12 BUN/Cr: 64.1/1.73 → 58.1/1.73 mg/dL
eGFR: 30 → 30 ml/min/1.73m²

BNP: 246.9 → 163.6 pg/mL
利尿剤: フロセミド 180 mg div → 120 mg po

Case 80s Male

先生ですか？食欲なくて。今日は
頑張ってみるよ。(の、繰り返し)

Laboratory date

RBC 366万 / μL ↑, Hb 12.4 g / dL ↑, Ht 40.0 % ↑

MCV 109 fL, MCH 33.9 pg, MCHC 31.0 %

WBC 4380 / μL , Plt 25.3万 / μL

TP/AIb 8.3/3.2 g/dL ↓,

AST/ALT 27/10 IU/L, γ GT 30 IU/L

BUN/Cr 103.4/3.27 mg/dL ↑,

eGFR 15 mg/min/1.73m² ↓,

BNP 58.0 pg/dL ↓

Chest X-ray

心胸郭比：53 %

CP angle dull

※左CP angle改善

両側肺血管陰影増強



DAY 20

看護師

ずっと眠そうです。食事もなかなか
食べてくれません。たまに食べてくれるんですけど…

理学療法士

やる気なく、動きがゆっくりで、
リハビリが思うように進まない。

Case 80s Male

注意障害
認知機能障害

Laboratory date

RBC 366万 / μL ↑, Hb 12.4 g / dL ↑, Ht 40.0 % ↑

MCV 109 fL, MCH 33.9 pg, MCHC 31.0 %

WBC 4380 / μL , Plt 25.3万 / μL

TP/**Alb** 8.3/3.2 g/dL ↓,

AST/ALT 27/10 IU/L, γ GT 30 IU/L

BUN/Cr 103.4/3.27 mg/dL ↑,

eGFR 15 mg/min/1.73m² ↓,

BNP 58.0 pg/dL ↓

Chest X-ray

心胸郭比: 53 %

CP angle dull

※左CP angle改善

両側肺血管陰影増強



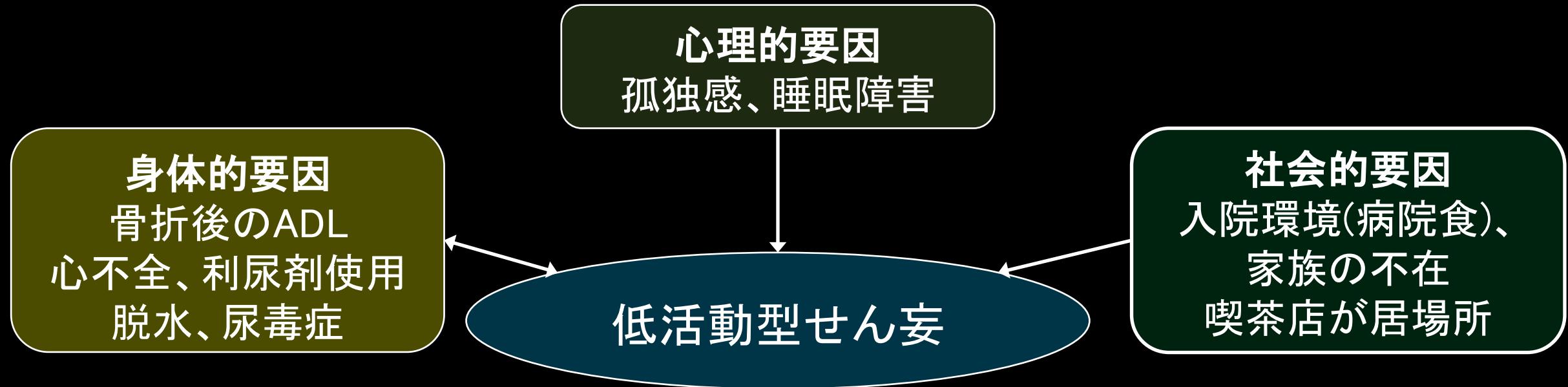
DAY 20

意識レベルの変化
急性発症・変動
無欲求(特に食欲低下)

活動性の低下
反応遅延

低活動型せん妄

Psychosocial background + Clinical course 2



DAY 20

中心静脈栄養 + 利尿剤減量

レンボレキサント追加、看護師による生活リズムの調整、食事介助

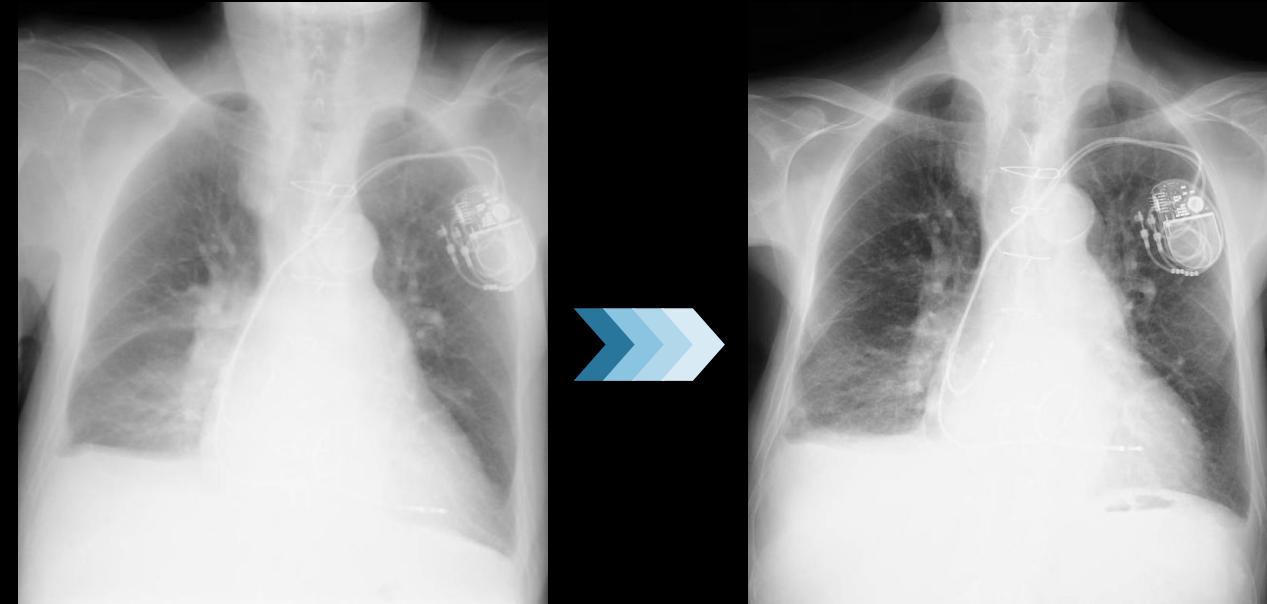
栄養士による嗜好調査、栄養補助剤追加

ご家族に面会回数を増やすように依頼、コーヒー1杯まで摂取可

Clinical course 3

臨床診断

- #右室収縮の低下した右心不全
- #低活動型せん妄
- #慢性腎臓病 + 急性腎障害



入院時

退院時

DAY 31 アリピプラゾール 1mg 開始 → 翌日から食事摂取量に改善

DAY 63 リハビリ病院へ転院 食事摂取ほぼ全量

BUN/Cr: 103.4/3.27 → 42.7/1.62mg/dL

eGFR: 15 → 32 ml/min/1.73m²

BNP: 163.6 → 105.5 pg/mL

利尿剤: フロセミド 120mg po → フロセミド 80mg po

Discussion “心臓”と“こころ”を診ることで支える心不全治療

こころ

1. 心臓の治療: 右心不全の治療は体液管理

- ・右心不全の治療: うつ血には利尿薬、低灌流には慎重な輸液と強心薬
→適切な体液量の評価と調整が予後改善の鍵

2.“こころ”的治療が体液管理を左右する

- ・本症例では低活動型せん妄による摂食低下が腎機能悪化と治療困難を招いた
- ・ADHF患者の20~30%がせん妄を発症、低活動型は稀(5.6%)
→精神症状を見極めて対応することが、心不全治療全体の安定性に直結

Irizarry-Caro JA et al. JACC Adv. 2024;3(10):101274.

Pak M et al. BMC Geriatr. 2020;20(1):524. 14

Discussion 心不全合併例における低活動型せん妄の薬物選択

低活動型せん妄は、非薬物治療が第一選択。薬物治療を行う際は、心不全例では過鎮静や血行動態への影響を避けることが重要。

| 抗精神病薬 | 作用機序 | 鎮静 | QT延長 | 低血圧 (α_1 遮断) | 抗コリン | EPS | せん妄での用途 |
|----------|-------------------|----|------|-------------------------|------|-----|---------------|
| アリピプラゾール | D2部分作動 | 弱 | 弱 | 弱 | なし | 稀 | 高齢・心不全で◎、即効性△ |
| ハロペリドール | D2拮抗 | 弱 | 中 | 弱 | なし | 強 | 即効性◎、第一選択 |
| リスペリドン | D2 + 5-HT2A 拮抗 | 中 | 軽～中 | 中 | なし | 中 | 液剤あり、使いやすい |
| クエチアピン | 多受容体遮断 | 強 | 軽 | 強 | 中 | 弱 | 夜間せん妄に○、過鎮静注意 |
| オランザピン | 多受容体遮断 | 強 | 軽 | 中 | 強 | 中 | 鎮静強く代謝系副作用 |

EPS: 錐体外路徵候、D2: ドパミン2受容体、
5-HT: セロトニン2A受容体

Kishi T, et al. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2016;87:767-74. 15

Take home message

こころの治療
↓

- ✓ ことばに現れにくい低活動型せん妄は、静かに心不全治療を妨げる。
- ✓ “こころ”の変化への介入としての低用量アリピプラゾールは利尿剤調整を可能にし得る。
- ✓ ろう年期の心不全治療には“こころ”的視点が欠かせない。