

6. せん妄で全員の QOL 低下

- せん妄は本人・家族だけでなく医療者にも苦痛であり、そのQOLを大きく低下させる重要な症状です。

場所・時間が混乱



夜間の異常言動・徘徊

普段とは違う感情失禁
大声を出す、怒り表出など

【全員が不幸になる、せん妄症状】

- 急性意識障害であり、「**緊急事態、(エマージェンス)**」です。
しばらく様子を見る、というアプローチは危険です。
- 在宅のほうが「慣れ親しんで安心」「感覚遮断が少ない」ので多少有利ですが、**過活動性せん妄(危険行動や異常言動)は在宅療養の大きなバリア**です。
- **そもそも、せん妄か?**を推定・診断が必要です。以下のように見逃しや不適切な「経過観察」になっている事も多いです。



- ・ せん妄?のときに、経過観察(wait-and-see)は絶対ダメ!
- ・ 「何か変」=単一質問でのスクリーニングツール
- ・ さっきは「まとも」だった=せん妄の変動のサイン



【経過観察(wait-and-see)はダメ!】
「何か変」=単一質問でのスクリーニングツール
さっきは「まとも」=せん妄の変動



- ・ せん妄についても、強烈な**痛み同様に**対応
「O」と「P」 ミニмум聞き取りで対応せよ
- ・ 意識障害なので、家族とともに聞き取るべし

痛みの問診 ミニмум

Onset(発症・契機)
 いつから痛むの?
 初めての痛み?

Palliate/Provoke
 (緩和・悪化因子)
 痛みが楽になるのは?
 逆にひどくなるのは?
 Pattern(日内変動)
 痛みのパターンは?



生活上困る痛み

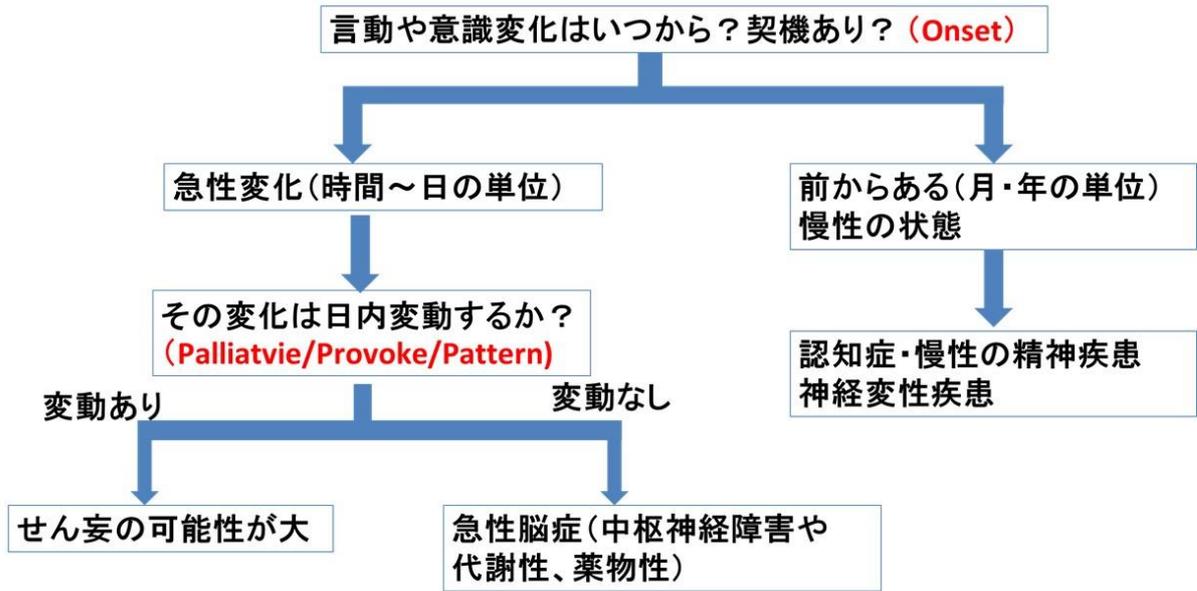
**せん妄も同じ、重症では
 OとPのミニмум問診で**



- ・ このO(発症と契機) およびP(寛解増悪、変動)が診断につながります

我々は、既存の診断フローチャート*を参考にして作成した
 以下のような診断推定アルゴリズムを使っています。

* 考える技術第3版、日経BP社



【せん妄を推定するための実地アルゴリズム】

Onset= 疾患と治療(薬剤・環境)の双方をチェック

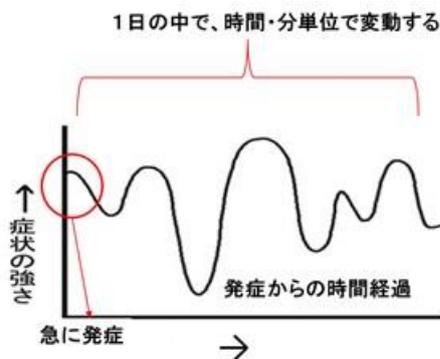
Palliative/Provoke= 薬剤投与やストレス(排便・排尿ふくむ)で悪化、親しい人との面談などで改善

Pattern=日内変動があきらかである

せん妄を、医療者が理解する為の6原則

① **変動** : 日内変動が大きいことが多い

=この変動が診断 (CAMやDSM-V) の重要なファクター。



【せん妄のコア・サインである日内変動イメージ】

注意、「良い状態」もあるが故に、医療者見逃しや家族が限界以上の負担になりがちです。

② 自然寛解を期待すべからず（**火事と同じ**）

＝弱い治療薬で様子を見てみると、どんどん重症化する病気です。
すこしづつ薬剤を増やしたり、強くしてもダメ（難治性）であれば、
戦力の逐次投入を止めて、速やかに注射薬による集中的治療で納めましょう。
鎮火（せん妄の重症度が低下）してから、内服や弱い治療にするのがセオリーです。

注意。がん疼痛のWHO方式と同じく第一目標は、「夜間の睡眠確保」です。



③ **複数の病因**がある事が多い、たいていは2～3つあり、「まだあるかも」と探索し対応を考えましょう。

したがって、診断リスト（疾患と薬剤）を常備すべきです。



注意。 3つの病因のうち2つを良くしても、せん妄重症度が変わらないことがあります。
不快感（例、口腔カンジダや排尿障害）の訴えをしない事が多いので注意を。

- 中京病院の緩和ケアチームが原因を検索する時のチェックリストを示します。

せん妄の病態⇔疾患、対応チェックリスト

代謝性



- 低酸素、炭酸ガス異常
- 進行性または重度貧血
- 動脈血流低下・静脈うっ血
- 電解質異常(ナトリウム、カリウム、カルシウムなど)
- ホルモン異常(甲状腺と副甲状腺、副腎皮質)
- pHの異常(アシドーシス・アルカローシス)
- ビタミン欠乏(B群):
栄養障害、抗生剤、抗がん剤による消耗
- 血糖値の異常
- 肝、腎機能の急激な悪化

薬物性



- 麻薬、 ステロイド
- 制吐
- 抗ヒスタミン
- 抗パーキンソン病
- 抗精神病
- 抗鎮痙薬
- 筋弛緩
- 抗うつ薬
- 降圧薬
- ベンゾジアゼピン系
- ジゴキシン
- 抗生物質、抗がん剤
- アルコール

環境性



- 環境変化または感覚遮断状態
- 睡眠・覚醒リズム障害
- 術後など身体抑制や強制臥床
- 乏しい家族サポート

感染性



- 細菌毒素
- 強度炎症
- 中枢神経性感染

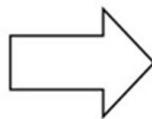
器質性



- てんかん、脳震盪
- 梗塞、出血イベント
- 腫瘍
- 浮腫
- がん性髄膜炎

- ・ 精密機械である脳が正常に機能することを妨げる4つの因子があります。完璧に記憶できないですし、**見逃しは「治療失敗」になってしまいます**から、こういうリストを作って検索することを推奨します。

見落としてた...



評価と治療のリスト



- **代謝障害**: 酸素や栄養、電解質、ホルモン、ビタミン、血糖、血流量など 「すべてが正常であるべきもの」 です。

- **薬剤性**： せん妄にならない薬物はない（血中濃度が上がる限り）のですが、頻度の高いものは オピオイドやステロイドなどが知られています。添付文書やインタビューフォームには、せん妄としての頻度は記載されていない事が少なくないです。

よって、「タイミング的にせん妄の原因が疑われたものは、一時的にでも全部やめる」のが妥当です。

ただし、やめることで、QOLが悪化する事が予想（オピオイド中止で激痛や呼吸困難になる）される場合は、続行し、せん妄対症療法で管理しましょう。

- **環境性**： 脳が正常に働くためには感覚器から入ってくる刺激・情報が耐えられるようなものでなければなりません。

- ・ **脳への情報は、多すぎても、少なすぎてもダメです。**

手術や未知の環境からの情報過多、逆に感覚遮断として（1日中天井だけとか）情報がなくなる、睡眠休息がない、と脳機能が低下してせん妄が発症することになります。

- **感染性**： 肺炎や尿路感染の2つが最多です。
急なせん妄（不穏）をみたら、感染症を疑って採血・聴診・レ線・検尿などを行うことをご検討ください。

- **脳の器質病変**： 脳転移やがん性髄膜炎も重要な原因疾患です。
てんかん（非痙攣性のものがある事に注意が必要）も異常放電ダメージとして、せん妄の重要な原因です。

- ・ 採血で調べるもの＝肝機能・アンモニア、腎機能、カルシウム、ナトリウム、感染症マーカー ホルモンなど上記リストをみて症例ごとに可能性のあるものをチェック。

- ・ 酸素飽和度か血液ガス（低酸素・高炭酸ガス血症・代謝性アシドーシス）

- ・ 神経所見（状況によっては頭部 CT・MRI）
- ・ 頻度の高い薬剤 = ベンジアゼピン系薬剤、**抗コリン性**薬剤（オピオイド、抗うつ薬、キシロカイン、H2 ブロッカーなど）、ステロイド
- 原因治療が「不可能」か「可能」かを判断することは大変重要です。患者さん、ご家族の価値観を聞きながら、個別に目標を立てることになります。

④ **閾値が低下** している事が多い。悪循環＝過活動せん妄は、患者が感じる不快な刺激（苦痛として表現）を増幅するし、この刺激もせん妄を悪化させる。

注意。オピオイド増量が効かない、パターンの3つの内の1つ（疼痛のセクション参照）として、せん妄を見逃している可能性があります。

痛みは第5の、意識は第1のバイタル・サインなので、せん妄の診断と治療を先行しましょう。



悪循環パターン#3
(せん妄と疼痛の相互増悪)

⑤ **「火に油」** となりうる薬剤を探索しましょう。

＝眠らせるための薬が逆効果になり、不眠・不穏になることは少なくない

(例 ベンゾジアゼピン薬の単独投与やアタラックスPなど)

疾患以外に、見落としのない、薬剤リストを用意して治療にあたるべきです。



【火に油を注ぐようにせん妄が悪化する薬剤あり】

- ・ 長期投与していた薬剤も、病態変化で原因になりうる
- ・ せん妄を抑えるはずの薬剤も原因になる
(パラドキシカル現象)ことあり、抗コリン作用のためとされる(例、オランザピンによるせん妄)
- ・ 処方中止のリバウンド現象が、原因かもしれない

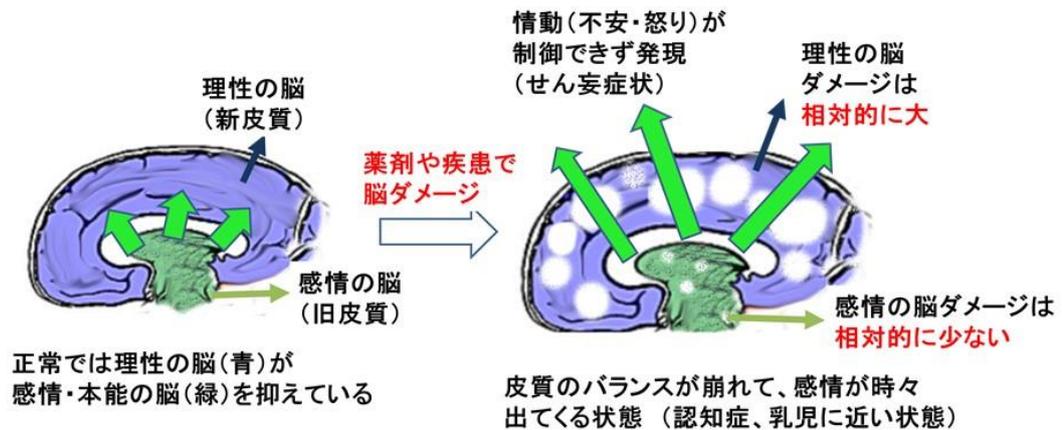
⑥ せん妄は、世間で**周知されない疾患**の1つです。

TVの医療番組でも、せん妄のメカニズムを説明したものは、非常に稀ですので医療者が、「解り易く」本人とご家族に情報提供しましょう、



【せん妄、の病名は世間に流布されてない】

- **せん妄病態を説明する**：理性をつかさどる新皮質のダメージが、感情や本能を司る旧皮質のダメージより大きいことが、過活動性せん妄の原因です。



【極端に単純化したせん妄メカニズムの模式図】

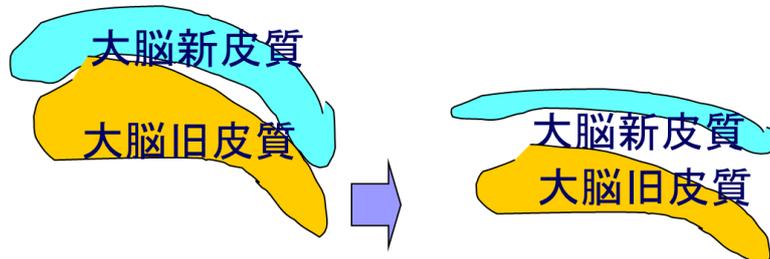
- ・ 上記のメカニズムで、「不穏」「興奮しているが意識が不明瞭」＝活動型せん妄となる、と説明してください。
- ・ またこの2つの皮質アンバランスは、以下の3つと見かけ上同じです。
 - ①認知症（加齢・梗塞のダメージ）
 - ②乳児（新皮質が未発達）
 - ③夢をみているREM睡眠（新皮質が休眠）
 患者さんの異常な言動が、見かけ似ていると説明ができます。
- ・ 活動性が低い、幻覚やオリエンテーション低下がある場合は旧皮質のダメージも同じように強い、として、「低活動（意欲・感情も低下）せん妄」を説明することができます。
- **精神疾患ではないのに、なぜ向精神薬を使うのかを説明**
 過活動性のせん妄（不穏・危険行動・妄想幻覚）に対して、旧皮質を抑制する向精神薬で、バランスをとる必要がある、と説明することができます。

そのためにも、そもそもせん妄とは何か？を 医学用語をなるべく使用せず医療者でないご家族に理解してもらう必要があります。

ご家族自体も高齢者であることが多いので、以下のようにポイントを絞って図解して、説明したものをハンドアウトすることを推奨します。

せん妄の、家族説明、四肢抑制が必要な医療処置 であること説明のポイントリスト

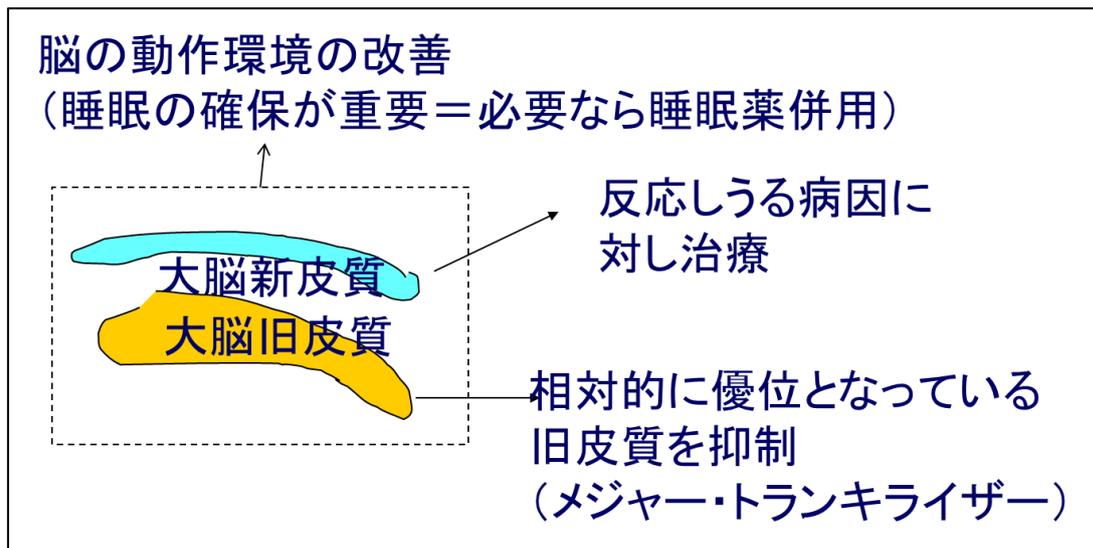
- せん妄とは意識障害である →「**精神病**」でない
→可逆的な原因であれば改善も期待
- せん妄(活動型)では、**大脳新皮質**が旧皮質より相対的に
障害が大きい(弱い)ことによる**バランス崩壊**がおきている



- せん妄(夢の中状態) →**抑制により患者さんを保護する**

● せん妄の対症療法

戦略的なイメージは、シンプルに考えれば以下のような図になります。ご家族への治療方法の説明として、実際に我々チームが使用しているものです。



* 以下は 市立三次中央病院 佐伯俊成先生の講義資料―― Schwartz et al, 2002 を一部改変――を参考にしています。

● **せん妄の治療も、「3段階ラダー」のように、症状と薬剤の強さを合わせる必要があります。経口摂取可能・経管栄養ルートがある症例**

<中等症～重症のせん妄> に対して 以下の薬剤を最小ドーズから 眠前1回、または 夕、および 寝る前 の定期投薬

- 新規（非定型）抗精神病薬
 - ・ リスペリドン（リスパダール[®]）
 - ・ ペロスピロン（ルーラン[®]）
 - ・ クエチアピン（セロクエル[®]）
 - ・ オランザピン（ジプレキサ[®]）
- 定型抗精神病薬
 - ・ ハロペリドール（セレネース[®]）
 - ・ クロルプロマジン（コントミン[®]）

(注意) 上記のセロクエル・オランザピンは国内でケトアシドーシスの死亡例が報告されており、糖尿病での使用を避けてください。

オランザピンは、せん妄の治療薬でもありますが、逆にせん妄を悪化・誘発させたとする症例報告が複数あり注意してください。

オピオイドと同じく抗コリン作用（制吐作用の1つ）せん妄を誘発すると推定されています。

● **経口摂取不能・経管栄養ルートなしの症例**

● 抗精神病薬

ハロペリドール（セレネース[®]）点滴静注（輸液ポンプ）または静注（シリンジ・ポンプ）

ラインがないときは皮下注または筋注

● 睡眠導入薬

ミダゾラム®
フルニトラゼパム（サイレース®）

ハロペリドール注を1週間以上継続する場合には、アキネトン®を混注併用（錐体外路症状予防）が推奨されます。

- 難治例では、以下の方法で 「とにかく、患者・家族が眠れるように」 対応しましょう。

（サイレースの代わりに、ミダゾラムを、同じアンプル数で投与可能です）

■ ベース（それまでの経過によって適宜変更）

生食 100ml + セレネース®2A + サイレース®2A 持続点滴

6～10 時間以上かけて （Ex： 21 時～3 時, 18 時～6 時など）

■ 覚醒したら・・・

生食 100ml + セレネース®1A + サイレース®1A 急速点滴（時間 50～100cc
症状によって変えます）

入眠したら中止⇒覚醒したら再開⇒入眠したら中止

- 翌日は前夜入眠に要した総量をベースとする

- がん性疼痛に対するオピオイドの投与方法 (By the Ladder, For the Individual)



せん妄の治療では、錐体外路症状の観察と治療情報が必須です。

以下 三次市立中央病院 佐伯先生のレクチャーより 錐体外路症状の評価と治療情報

薬剤性錐体外路症状

- 寡動(活動性低下), 仮面様顔貌が前景
- アカシジア(静坐不能症)が混じることもある
- 振戦, 筋強剛はむしろ目立たない
- 悪化すると, 嚥下障害, 歩行障害, 臥床傾向も
- うつ病と誤診されることも多い
- 他覚的所見
 - ◇ Myerson 徴候陽性(眉間を軽く叩打すると瞬目が持続)
 - ◇ 血中プロラクチン値↑
- 原因薬剤を中止しても, 症状軽減に週-月単位の時間を要する
- 素因のあるケースではパーキンソン病発症の可能性も
- 進行期・終末期のがん患者では、**原疾患による衰弱と誤診**されうる

例。活気がない, 表情に乏しい, 傾眠, 嚥下障害 など

- もし、薬剤性錐体外路症状(EPS)を知ってれば

制吐剤を疑って、薬剤のスクリーニングをしましょう。

例、セレネース[®], ノバミン[®], ドグマチール[®], プリンペラン[®], ナウゼリン[®]

□ 治療としては

- ・ 原因薬剤を中止し, 2-4週間の経過観察が必要
- ・ または抗パーキンソン薬(アキネトン[®], ネオドパストン[®]など)の投与も考慮