

せん妄

在宅での治療とケア

せん妄とはどんなものでしょう

- せん妄は、患者、家族、医療者に負担と苦痛を与える
- 適切な治療やケアで症状は改善するが終末期のせん妄は治療困難な場合が多い
- 終末期のせん妄であっても、幻覚などは本人にとっては苦痛を伴う体験であり対応が必要

せん妄の分類

- 過活動型： 幻覚や妄想が目立ち、興奮や不穏、夜間是不眠になることが多い
- 低活動型： 幻覚や妄想はあまり目立たない。無表情で傾眠の場合が多い
- 混合型： 1日の中で過活動型と低活動型のいずれの症状も示す

せん妄の診断基準

DSM-IV-TR

- ①環境認識における清明度が低下している
⇒ 会話に集中できず、話をしていたかと思うとすぐにうとうとするなど
- ②記憶の欠損、失見当識、知覚障害がある
⇒ 場所や日付を間違える、見えないものが見えたりつかもうとするなど

せん妄の診断基準

DSM-IV-TR

- ③数時間から数日で発症し、日内変化もある
⇒急に夜間不眠となり落ち着かなくなる、家族がそばを離れたり夕方になるとそわそわする
- ④原因となりそうな身体疾患や変化がある
⇒感染、脱水、電解質異常や病状の進行、新たな薬剤の開始や増量

他の疾患との鑑別

- 認知症、うつ状態、統合失調症などとの鑑別
- 低活動型のせん妄とうつ状態は似ているので注意が必要

原因

- 高齢、認知症、脳血管障害、癌の脳転移がある場合に発症しやすい
- 脱水、感染、薬剤性（オピオイド、ベンゾジアゼピン、ステロイド、抗コリン薬）、高カルシウム血症、低酸素血症、肝不全、腎不全、身体の衰弱、入院など環境の変化
- がん末期では原因が複数になるため、発症が80%に及び難治性の場合も多い

治療とケア①

- まず原因を特定し、それを取り除く
- 脱水や感染、高Ca血症などがあれば治療を検討する
- 原因となるような薬剤を使用していないか確認。疑いのある薬剤があれば、減量や中止、変更などを考慮する
- 酸素飽和度が低い時には、酸素療法の開始も検討する

治療とケア②

- 抗精神病薬の投与を行なう
- 内服ができれば、リスペリドン(リスパダール®)の内服が一般的。液剤もあり興奮が強いときにも飲ませやすい
- 内服ができなければ、ハロペリドール(セレネース®)の静脈もしくは皮下投与(錐体外路症状に注意)

その他の抗精神病薬

- クロルプロマジン(コントミン®)
ハロペリドールと比べて鎮静作用が強い
- オランザピン(ジプレキサ®)
口腔内崩壊錠があり嚥下が難しい場合でも投薬可能。錐体外路症状が少ないが、糖尿病では禁忌

その他の抗精神病薬

- クエチアピン(セロクエル®)
鎮静作用が比較的強いが半減期が短く残りにくい。糖尿病には禁忌
- アリピラゾール(エビリファイ®)
鎮静作用がほとんどなく、低活動性せん妄に処方されることが多い

治療とケア③

- コミュニケーションを図る
- 患者の人格を尊重し、こちらの言うことを理解しているものと思って接する
- 家族に対して、状況を分かりやすい言葉で説明する
- 症状は可逆性であること。しかし、がんの末期では治療は困難であり、時に鎮静が必要になることを伝える

治療とケア④

- 部屋やベッドの位置を変えない
- 患者に接するのは家族や顔なじみの医療者が好ましい
- 時計やカレンダーを置き、時間の感覚を保つのを助ける
- 転倒や転落などの危険を防止する