

せん妄～診断のポイント, 予防および治療～

多根総合病院 精神科 (外科)

柄 池 真規子

要 旨

疫学では入院患者の約10～40%, 術後ではおおそ半数, ICUでは70～81%がせん妄を発症している。せん妄を発症した場合には, あきらかに死亡率の上昇がみられ, 高齢者では22～76%が死亡するとの報告もある。せん妄を発症すると治療・ケアに悪影響を及ぼすだけでなく, 患者の予後にも影響を与える。せん妄リスクをアセスメントし, 予防に努め, また早期発見・早期治療が大切である。せん妄の病態について, 診断のポイント, 予防および治療について述べる。

Key words: せん妄; せん妄リスク; せん妄予防

はじめに

筆者は長く精神科単科病院に勤務し, 精神疾患をもつ患者の治療に従事していた。精神症状の一つとしてせん妄を呈していることもあったが, それが主症状ではないので, せん妄そのものの治療について深く考えたことはなかった。当院に勤務するようになってから「不穏」や「せん妄」というワードでコンサルトを受けるようになり, 治療介入をしているうちに, 予防対策の大切さを感じ, 改めて学び直したので, せん妄の病態について, 診断のポイント, 予防および治療について述べる。

せん妄は「急性続発性脳機能障害」=意識障害¹⁾

意識の異常は, 意識混濁という垂直方向の変化, 意識狭窄という水平方向の変化, 意識変容という意識内容の性質の変化がある。

精神科以外の診療領域では, 意識というものは覚醒しているか, あるいは低下しているという覚醒度として理解されるのが一般的である。覚醒度は意識の垂直方向の変化で, 意識混濁は覚醒度=意識水準の低下である。その程度を表す用語として明識困難から深昏睡

までであるが, それぞれの境界は不明瞭であり, 臨床の場で日本昏睡尺度 (JCS) や, グラスゴー昏睡尺度 (GCS) などを用いて数値で評価することが多い。

しかし精神科では意識は, 意識狭窄という水平方向の変化や意識変容という意識内容の性質の変化でも捉えている。意識狭窄は, 意識野の範囲が狭くなって一部の対象しか意識されなくなる状態である。意識混濁の際にもみられるが, 解離性障害や催眠状態, 健常者であっても強い情動体験時に意識混濁を伴わずに意識狭窄を呈することがある。意識変容は, 周囲の状況がうまくとらえられず, 意識の内容が変化して, 断片的で一貫性のない錯覚・幻覚・妄想・不安・興奮などがみられる状態である。軽度から中等度の意識混濁が基礎にあることが多い。この意識の狭窄や変容が前景に立つ病態が「せん妄」である。

この意識狭窄や変容は, 脳の外傷・腫瘍・出血など器質性疾患が原因のこともあるが, 基本的にはそのほかの身体の病気が原因で起こる続発性脳機能障害である。また急な発症であるので, 急性続発性脳機能障害である。



せん妄の診断基準

せん妄は、大脳全体を取り巻く状況が極めて不安定になったために、大脳機能が混乱をきたし種々の不適切な認知、感情の変化等をもたらした状態といえる。その症状は気分の変動を含め、極めて多彩であるが、共通する症状として出現するのは、記憶の障害や見当識障害である。

せん妄の診断基準は、DSM-5（表1）とICD-10（表2）の2つが主に使われている。

両方の診断基準にあるとおり、意識障害の中でも注意力の障害が重視されている。「話していて、なんとなく集中できていない」「視線が合いにくい」「話題がとんでしまう」などの症状である。

認知症とせん妄

私たちの記憶・感情・知覚・意欲・思考といった知能は意識の上ののっており、せん妄は意識障害であるのでこれら知能も低下する。記憶の障害で記銘力障害、感情の障害で不安・抑うつ・恐怖・怒り、知覚の障害で幻覚、意欲の障害で興奮・意欲低下、思考の障害で妄想などを認める。認知症は、意識が正常な状態、つまり覚醒している状態で知能が低下した状態である。知能の障害（診断基準では認知の障害と表現）だけでは、せん妄と認知症は区別がつかない。表3にその臨床的特徴を示す。

せん妄と認知症の大きな違いは発症形式である。せん妄は急性発症であり、アルツハイマー型認知症に代表される認知症は潜行性に発症し、緩徐に進行する。○日の夜からと特定できる発症がせん妄の特徴であ

表1 せん妄の診断基準(DSM-5)²⁾

A	注意の障害（すなわち、注意の方向づけ、集中、維持、転換する能力の低下）および意識の障害（環境に対する見当識の低下）
B	その障害は短期間のうちに出現し（通常数時間～数日）、もととなる注意および意識水準からの変化を示し、さらに1日の経過中で重症度が変動する傾向がある。
C	さらに認知の障害を伴う（例：記憶欠損、失見当識、言語、視空間認知、知覚）。
D	基準AおよびCに示す障害は、ほかの既存の、確定した、または進行中の神経認知障害ではうまく説明されないし、昏睡のような覚醒水準の著しい低下という状況下で起こるものではない。
E	病歴、身体診察、臨床検査所見から、その障害がほかの医学的疾患、物質中毒または離脱（すなわち乱用薬物や医薬品によるもの）、または毒物への曝露、または複数の病因による直接的な生理学的結果により引き起こされたという証拠がある。

表2 せん妄の診断基準(ICD-10)³⁾

以下のいずれの症状も、軽重にかかわらず存在しなければならない。

a	意識と注意の障害 意識は混濁から昏睡まで連続性があり、注意を方向づけ、集中し、維持、そして転導する能力が減弱している。
b	認知の全体的な障害 知覚の歪み、視覚的なものが最も多い錯覚および幻覚、抽象的な思考の障害であるが、一過性の妄想を伴うことがある。即時および短期記憶の障害を伴い、失見当識を示す。
c	精神運動性障害 寡動あるいは多動で、予測不能な変化を示す。反応時間の延長。
d	睡眠-覚醒周期の障害 不眠あるいは睡眠・覚醒周期の逆転
e	感情性障害、たとえば抑うつ、不安あるいは恐怖、焦燥、多幸、無感情あるいは困惑

表3 せん妄と認知症の臨床的特徴

	せん妄	認知症
発症・進行	急激・一過性	月～年単位で緩徐・進行
症状の変動	数時間～数日の変動	変化に乏しい
初発症状	錯覚、幻覚、妄想、興奮	記銘力低下
持続	数時間～1週間	永続的
原因	身体疾患や薬	脳細胞自体の異常
環境の関与	関与することが多い	関与なし
改善の可能性	原因が治れば改善	根治できず、対症療法のみ

る。しかし入院直後から起こっていれば、その前の状態との差がわからないので診断は難しい。そこで、家族や知人などその人の元の状態を知っている人に「普段と違いますか？」と聞くことが診断する上で重要である。

また認知症の人もせん妄になる。元の認知症の症状が入院後急激に進行することはないので、普段の状態と違う部分がせん妄である。そしてせん妄治療・ケアのゴールも元の状態であり、それ以上に改善することはない。

“せん妄の診断、認知症との区別（合併も含めて）をするためには、家族や知人などその人の元の状態を知る人に「普段と違いますか？」と聞くことが診断する上で重要である。”

せん妄に関連する因子

せん妄を評価する上では3つの要因に分けて考えることが提唱されている。それらは準備因子、促進因子（誘発因子）と直接因子である⁴⁾。準備因子は、その人の持つ背景で、せん妄になりやすい素地がある、つまり脳機能に脆弱性があるということで、高齢、認知症、脳梗塞の既往などが挙げられる。促進因子はせん妄自体を引き起こすわけではないが、せん妄の悪化や改善の遅延の要因である。直接因子は、せん妄の原因とされているものである。準備因子はその人自体の因子であるので対策は立てられないが、せん妄高リスク患者として注意することはできる。促進因子、直接因子には予防や治療の対策が可能である。

せん妄直接因子

1. 身体的要因

感染・炎症、電解質異常（高Ca, 低Na）、脱水、臓器障害（肝、腎、心など）、貧血、低栄養など身体の状態と手術など身体への侵襲がある。これらが入院原因となっているときもあるが、入院中にこれらが併発することも多々あるので、下記の点に注意し、早期の対応が必要である。

- ・バイタルサイン
- ・尿所見（混濁・匂い）
- ・水分摂取状況・皮膚および浮腫所見
- ・検査データ

2. 身体症状

下記にせん妄の原因となりやすい身体症状とその対策を挙げる。

- ・疼痛：十分な鎮痛剤投与

- ・呼吸苦：涼しい室温、空気の流れの工夫、呼吸状態をみながら酸素投与・症状緩和薬投与（モルヒネ、ステロイド、抗不安薬）

- ・便秘・尿意：排泄状況により薬剤投与やトイレ誘導

3. 薬剤要因

ベンゾジアゼピン系睡眠薬、H2ブロッカー、抗コリン薬、抗ヒスタミン薬、利尿薬、抗がん剤、ステロイド、オピオイドなどがある。

持参薬に、下記の薬剤があることも多く、変更や減量ができないか考慮することが必要である。

- ・ベンゾジアゼピン系睡眠薬
- ・潰瘍や胃炎に対してH2ブロッカー
- ・尿や尿失禁に対して抗コリン薬

4. アルコール多飲

入院直前まで連続飲酒している患者は、アルコール離脱せん妄のリスクがある。アルコール離脱症状の第一選択薬は、ベンゾジアゼピン系薬物である。ジアゼパムなどの長時間作用薬が推奨されている⁵⁾。

処方例：ジアゼパム2~10mg/回、1日3回投与で開始し、症状に応じて漸減していく。

せん妄促進因子

促進因子への働きかけを行うことでせん妄を予防できるという、比較的高いエビデンスがそろっていることから、促進因子の重要性が着目されている。促進因子への働きかけにより、臨床現場によっては、せん妄発症を約50%抑制することが可能と報告されている⁶⁾。

1. 環境：入院、ICU入室、照明、騒音など

治療目的の入院なので環境の変化は仕方ないと考えがちだが、まわりの状況への対策はある。

- ・見当識を保つ：カレンダーや時計を見やすく配置する、時間や場所をこまめに伝える、予定を伝えるなど。
- ・生活リズムの改善：照明を昼は明るく、夜は薄暗くする、自然と起きていられるような刺激は大切なのでテレビ・ラジオをつける、体調によるが座位や散歩を促す、24時間点滴を見直す、アラーム音・環境雑音を調整するなど。

2. 可動制限：身体抑制、柵、バルーンカテーテル、ルート・デバイス類など

最小限の身体抑制とし、離床センサーも活用する、必要性の低いルート・デバイスを抜去する、ルート・デバイス類は見えにくい工夫をするなどが対策である。

3. 視力低下・聴力低下

見えにくい、聞こえにくいもせん妄の促進因子であり、日頃使用している眼鏡、補聴器は持参してもらっ

て装着する。

4. 不安

入院治療している認識が曖昧になって（せん妄は意識障害）不安になっているので、不安になる気持ちを尊重した声かけが望ましい。

5. 睡眠覚醒サイクル障害

夜間の睡眠確保をすることで、夜間に意識障害であるせん妄の出現を防ぎ、休息も得られる。

せん妄予防の睡眠対策

メラトニン受容体作動薬ラメルテオンとオレキシシン受容体拮抗薬スボレキサントのせん妄予防効果の前向き実臨床の大規模検証⁷⁾がある。順天堂大学系列の精神科常勤医のいる9つの総合病院で2017年10月1日～2018年10月7日の1年間にわたって検証された。せん妄リスク患者の不眠あるいは前夜にせん妄を呈した患者に対してラメルテオン and/or スボレキサントを投与された。その結果は両者、あるいはどちらかが投与された群でせん妄出現は少なかった。より詳細にみるとラメルテオンは就寝前より19時頃の定時投与がせん妄予防効果が高く、スボレキサントは就寝前でも不眠時投与でも有効という結果であった。

この結果を参考に、当院のオレキシシン受容体拮抗薬はレンボレキサント（デエビゴ）5mgであること、夕食後薬の配薬が18時半頃であることを考慮して、せん妄リスク患者に予防投与した結果、下記が有効であった。（2023年きつこう会ヘルスケアシステム学術大会で発表）

- ・ラメルテオン8mg 1錠夕食後、不眠時としてレンボレキサント5mg 1錠
- ・不眠があるとわかっているときは、レンボレキサント5mg 1～2錠眠前

予防投与は、直接因子となっている疾患の症状が落ち着けば中止し、漫然と処方しないよう注意が必要である。

せん妄に対する薬物療法

せん妄の根本治療は直接原因への治療であって、薬物療法はあくまで対症療法ではあるが、当院採用薬で推奨例を述べる。

1. 終日せん妄症状があり混乱しているとき

リスベリドン1mg 錠を症状の程度に応じて朝夕、毎食後、朝夕眠前など増減し、レンボレキサント5mg 1～2錠眠前を併用。

（例1）リスベリドン1mg 1錠夕食後、レンボレキサント5mg 1錠眠前

（例2）リスベリドン1mg 2錠分2夕食後・眠前、レンボレキサント5mg 1～2錠眠前

（例3）リスベリドン1mg 3錠分3朝夕食後・眠前、レンボレキサント5mg 1～2錠眠前

突発的に不穏となるときは、リスベリドン1ml 内容液1包内服 or セレネース1/2～1A 点滴。

2. 夜間を中心にせん妄症状を認めるとき（糖尿病なし）
クエチアピン25mg 錠を症状の程度に応じて夕食後、夕食後・眠前など増減、レンボレキサント5mg 1錠眠前併用も考慮。

（例1）クエチアピン25mg 1錠夕食後、レンボレキサント5mg 1錠眠前

（例2）クエチアピン25mg 2錠分2夕食後・眠前

（例3）クエチアピン25mg 3錠分2夕食後1錠・眠前2錠

夜間不穏が激しいときは、コントミン25mg 1～2A 点滴 or セレネース1/2～1A+アトラックスPIA 混注点滴。

3. 夜間を中心にせん妄症状を認めるとき（糖尿病あり）
リスベリドン1mg 錠を症状の程度に応じて夕食後、夕食後・眠前など増減し、レンボレキサント5mg 1～2錠眠前を併用。

（例1）リスベリドン1mg 2錠分2夕食後・眠前、レンボレキサント5mg 1～2錠眠前

（例2）リスベリドン1mg 3錠分2夕食後2錠・眠前1錠、レンボレキサント5mg 1～2錠眠前

（例3）リスベリドン1mg 4錠分2夕食後・眠前、レンボレキサント5mg 1～2錠眠前

夜間不穏が激しいときは、コントミン25mg 1～2A 点滴 or セレネース1/2～1A+アトラックスPIA 混注点滴。

※クエチアピンは血糖上昇作用があるため、糖尿病患者には禁忌である。

リスベリドン、クエチアピンは症状が改善すれば漸減中止するが、レンボレキサントを併用していないときは、中止前にレンボレキサント5mg 1錠眠前を2、3日処方したほうが症状再燃を防げる。

おわりに

せん妄の診断、予防、治療について述べた。疫学では入院患者の約10～40%⁸⁾、術後ではおおよそ半数⁸⁾、ICUでは70～81%⁹⁾がせん妄を発症している。せん妄を発症した場合には、あきらかに死亡率の上昇がみられ、高齢者では22～76%⁸⁾が死亡するとの報告もある。改善して退院した高齢者（65歳以上）でも1

年以内に30%¹⁰⁾が死亡したという報告もある。

せん妄を発症すると治療・ケアに悪影響を及ぼすだけでなく、患者の予後にも影響を与える。せん妄リスクをアセスメントし、予防に努め、また早期発見・早期治療が大切である。

文 献

- 1) 大熊輝雄：現代臨床精神医学，改訂第6版，金原出版，東京，53-54, 74-77, 1995
- 2) American Psychiatric Association 編：DSM-5 精神疾患の分類と診断の手引，医学書院，東京，2014
- 3) World Health Organization 編：ICD-10 精神および行動の障害 臨床記述と診断ガイドライン，新訂版，医学書院，東京，2005
- 4) 井上真一郎：せん妄。日本緩和医療学会編，専門家をめざす人のための緩和医療学，改訂第2版，南江堂，東京，233, 2019
- 5) 樋口 進，齋藤利和，湯本洋介編：新アルコール・薬物使用障害の診断治療ガイドライン，新興医学出版社，東京，22, 2018
- 6) Hshieh TT, Yue J, Oh E, et al : Effectiveness of multicomponent nonpharmacological delirium interventions : a meta-analysis. JAMA Intern Med, 175 (4) : 512-520, 2015
- 7) Hatta K, Kishi Y, Wada K, et al : Real-world effectiveness of ramelteon and suvorexant for delirium prevention in 948 patients with delirium risk factors. J Clin Psychiatry, 81 (1) : 19m12865, 2020
- 8) 米国精神医学会：せん妄 米国精神医学会治療ガイドライン，医学書院，東京，2000
- 9) Pisani MA, McNicoll L, Inouye SK : Cognitive impairment in the care unit. Clin Chest Med, 24 (4) : 727-737, 2003
- 10) Girard TD, Jackson JC, Pandharipande PP, et al : Delirium as a predictor of long-term cognitive impairment in survivors of critical illness. Crit Care Med, 38 (7) : 1513-1520, 2010