

せん妄に対するガイドライン

はじめに

認知症によるBPSDは生活のみならず、リハビリの介入にも大きな影響をもたらしている。病院や介護施設においては、服薬による鎮静が行われてきたが、近年では鎮静作用のある薬がBPSDを更に助長するという報告も多く見受けられるようになってきている。適切にかつ迅速にBPSDから脱出できるように、的確な介入と服薬の提供が重要である。本ガイドラインでは、いくつかのガイドラインを用いて、セラピストとしてどのような対応ができるのかについて言及する。

ガイドライン

➤PADISガイドライン¹⁾

➤日本版集中治療室における成人重症患者に対する痛み・不穏・せん妄管理のための臨床ガイドライン²⁾

➤集中治療室における早期リハビリテーション ～早期離床やベッドサイドからの積極的運動に関する根拠に基づくエキスパートコンセンサス⁷⁾

発症要因 ⁴⁾

直接因子: 単一でせん妄を起し得る要因

- (1) 中枢神経系への活性を持つ物質の摂取(抗コリン薬・ベンゾジアゼピン系抗不安薬・睡眠薬・ステロイド・オピオイドなどの医薬品、アルコール、覚せい剤など)
- (2) 依存性薬物からの離脱
- (3) 中枢神経疾患(脳血管障害、頭部外傷、脳腫瘍、感染症など)
- (4) 全身性疾患(敗血症、血糖異常・電解質異常・腎不全・肝不全・ビタミン欠乏などの代謝性疾患、内分泌疾患、心筋梗塞・心不全などの循環器疾患、呼吸不全、貧血・DICなどの血液疾患、重度の外傷や熱傷、悪性腫瘍)

誘発因子: 単独ではせん妄を起ささないが、他の要因と重なることでせん妄を惹起し得る要因

- (1) 身体的要因(疼痛、便秘、尿閉、脱水、ドレーンなどの留置、身体拘束、視力・聴力低下)
- (2) 精神的要因(抑うつ、不安)
- (3) 環境変化(入院、転居、明るさ、騒音)
- (4) 睡眠障害(不眠、リズム障害)

準備因子: せん妄の準備状態となる要因

高齢、認知機能障害、重篤な身体疾患、頭部疾患既往、せん妄既往、アルコール多飲

診断基準と分類 ³⁾

➤概要: DSM-5 では、せん妄の診断の際に「急性(数時間または数日続く)」か「持続性(数週または数か月続く)」かを、また「過活動型」「低活動型」「活動水準混合型」のいずれかを特定するよう求めている(表 2)。特に低活動型せん妄はしばしばうつ状態と混同されたり、見逃されることがあるので注意が必要である。

➤DSM-5によるせん妄の診断基準:

DSM-5 せん妄
A. 注意の障害(すなわち、注意の方向付け、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、他の既存の、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、その障害が他の医学的疾患、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。

➤せん妄の分類:

過活動型せん妄	低活動型せん妄	混合型せん妄
運動活動性の量的増加 活動性の制御喪失 不穏 徘徊	活動量・行動速度の低下 状況認識の低下 会話量の低下 無気力 覚醒の低下・ひきこもり	前2者の症状が1日のなかでも混合している

評価法

➤DRS-R98scale (Delirium Rating Scale, Revised 98)

使用にあたっては許諾が必要であるが、せん妄の評価としては最も信頼性がある評価である。13項目の重症度スコアと、診断用の3項目を加えた合計スコアで評価される。カットオフ値は、重症度スコアで10点、合計スコアで14.5点である。

薬物治療

➤概要:

不眠症治療は現在、ベンゾジアゼピン系薬をはじめとする催眠剤を用いた薬物療法が中心となっている。ただし、ベンゾジアゼピン系薬は、鎮静・催眠作用以外に、抗不安作用、運動障害作用、筋弛緩作用、記憶障害なども有しているほか、長期的な使用による依存性や耐性、更にせん妄症状の起因や増悪なども問題となっている。近年では、そうした副作用が少ないロゼレム(ラメルテオン)やスボレキサント(ベルソムラ)が注目されており、各施設導入が進んでいる。

・ベンゾジアゼピン系抗不安・睡眠薬:

デパス、プロチゾラム、ハルシオン、セルシンなど

⇨せん妄状態を悪化させるリスクが高い。

・向精神薬:セレネース、リスペリドン、ヒルナミン、ジプレキサなど

⇨興奮・幻覚などに対する対症療法となるが、根本的治療ではない。

➤ロゼレム(ラメルテオン)

ヒトの視交叉上核に多数存在している脳の松果体のホルモンである「メラトニン」の受容体に選択的に結合して、薬理作用を発揮する薬剤である。メラトニン受容体には、催眠作用や睡眠リズムを調節する機能があるとされており、具体的にその受容体であるM1受容体とM2受容体には、それぞれ次のような作用があると考えられている。

・M1受容体:刺激すると、神経発火を抑制したり、体温を低下させることなどにより睡眠を促す。

・M2受容体:刺激すると、体内時計を同調したり、概日リズム(サーカディアン・リズム)の位相を変動する。

ラメルテオンの最大の特徴は、従来のベンゾジアゼピン系薬とは異なり、視交叉上核以外の脳内作用がないことであり、従来の睡眠薬に高頻度で発現していた反跳性不眠や退薬症候がなく、自然に近い生理的睡眠を誘導する。

➤スボレキサント錠 ベルソムラ⁶⁾

視床下部のニューロンから産生される神経ペプチドであるオレキシンの受容体は覚醒の調整に重要な役割を果たしている。ベルソムラはオレキシンの受容体への結合をブロックし、過剰に働いている覚醒システムを抑制することで、脳を整理的に覚醒状態から睡眠状態へ移行するとされる。

睡眠時間の関与

➤概要:

朝、光を浴びると、脳にある体内時計の針が進み、体内時計がリセットされて活動状態に導かれる。また、体内時計からの信号で、メラトニンの分泌が止まるといわれている。メラトニンは目覚めてから14～16時間ぐらい経過すると体内時計からの指令が出て再び分泌され、徐々にメラトニンの分泌が高まり、その作用で深部体温が低下して、休息に適した状態に導かれ眠気を感じるようになる。

しかし、高齢化になるとメラトニンの放出が少なくなると言われており、寝つきが悪く、眠りが浅くなって目覚めやすいのが特徴である。認知症になると、それに加えて周囲の環境変化に弱くなり、それまでの生活と条件が変わると不眠の原因に繋がる。

余談であるが、1日睡眠を妨げられて徹夜するだけで、脳内のアミロイドベータ量が高まるという恐ろしい論文が米国国立衛生研究所から米国アカデミー紀要にオンライン発表された。タイトルは「 β -amyloid accumulation in the human brain after one night of sleep deprivation(一晩睡眠が妨げられると人間の脳内に β アミロイドが蓄積する)」⁹⁾であり、つまりは睡眠障害がアルツハイマーの起因となるということである。

➤サーカディアンリズムとせん妄

多くの生物は一定時間の周期を持つ細胞が存在し、これらの細胞が体内のリズム「体内時計」を形成している。人間にも一日のリズム、一週間のリズム、28日のリズム、一年のリズムなど、たくさんのリズムがあることが分かっており、このうち、一日のリズムの事を「サーカディアンリズム」と言う。時の見当識の維持改善では、本人の体内時計を良好な状況に維持する事が重要である。多くの生物の体内には、約24時間で変化する生体现象があり、これをサーカディアンリズムと呼びます。サーカディアンリズムは、体の中で内在的に形成されるもので、ほ乳類の場合、全身の体内時計は視床下部の視交叉上核に存在し、これとは別に、それぞれの細胞自体がリズム形成機能を持つ事、その機能に影響を与える因子がある事も解明されている。

一般的には、人の一日のサーカディアンリズムは24.5時間程度で、実際の一日の長さ約24時間と差があるため、適正な刺激がないとリズムのずれが生じる。正常な生活の中では、毎日の生体内リズムのずれをリセッ

トし、一日の時間との同調が求められるが、何らかの原因でリセットがうまくいかないとサーカディアンリズムの変調をきたす。⁸⁾

➤サーカディアンリズムのリセット方法⁸⁾

- ・朝、光を浴びると、脳にある体内時計の針が進み、体内時計がリセットされ活動状態に導かれる。(起床後30分程度)
- ・朝、起床後1時間以内に糖質(炭水化物)とタンパク質が多い昼食を一定以上食べる
- ・夜9時以降の食事は避ける(特に脂質の摂取)
- ・1日3食食べる(1日何食も食べる、1日中食べ続けるのは不可)
- ・夕食～朝食の時間は10時間程度開ける
- ・日中の決まった時間に活動・人との交流をする。昼間の活動量を増やす
- ・寝る4～5時間前の夕方5時ごろに軽い運動をする
- ・夜の電灯は明るすぎないようにし、青色灯は避ける
- ・一定の時刻に同じことをする(例:毎朝7時にラジオ体操など)

せん妄に対するリハビリテーション

➤概要

せん妄症状に対して、根本的な治療を施すことはセラピストにとって困難であるが、先に述べたように薬物療法との併用や、生活リズムの改善を促すことで早期にせん妄症状の改善を図ることができる。特に作業療法としては、生活のリズムの構築が重要であり(サーカディアンリズムのリセット)、リハビリ以外での過ごし方や過ごす場所の提供が重要となる。更に適度な運動を促すことも必要である。健康長寿医療センターではせん妄状態の患者に対して、有酸素運動を推奨しているが、明確な運動負荷量や頻度は示されていない。そのため、医師との連携を取り、随時運動負荷量や時間・頻度を設定することが必要である。⁷⁾

最後に

せん妄は様々な要因が関与しており、症状に対する対症療法ではなく、先ずはその根本的となる原因を突き止めることが重要である。特に臨床の場面では、『投薬による抑制』が多くみられ、当グループにおける抑制ゼロに反する行為となる。せん妄や不穏行動がみられた際は、医師・薬剤師・看護師との連携をとり、正しい投薬や生活リズムの改善、適切な運動を促すことが最適な治療となる。⁷⁾このガイドラインを通し、せん妄で苦しんでいる患者様や家族が少しでも救われることを期待したい。

参考・引用文献

- 1) PADISガイドライン
- 2) 日本版集中治療室における成人重症患者に対する痛み・不穏・せん妄管理のための臨床ガイドライン日集中医誌: J Jpn Soc Intensive Care Med Vol. 21 No. 5
- 3) アメリカ精神医学会編:精神疾患の診断・統計マニュアル第5版:DSM-5.2013

- 4) 寺田整司:高齢者せん妄の薬物治療:日本老年医学会雑誌第51巻5号,2014.9
- 5) Lipowski ZJ: Delirium: Acute confusional states.Oxford University Press, 1990.
- 6) <https://www.msconnect.jp/products/belsomra/index.xhtml>
- 7) 集中治療室における早期リハビリテーション ~早期離床やベッドサイドからの積極的運動に関する根拠に基づくエキスパートコンセンサス~日集中医誌 2014;21:539-579.
- 8) 妹尾弘幸:実践認知症ケア2:(株)QOLサービス:60-61
- 9) Shokri-Kojori E: β -amyloid accumulation in the human brain after one night of sleep deprivation: National Institutes of Health. 115(17):4483-4488;2018 Apr 24
- 10) 自治医科大学附属さいたま医療センター 麻酔科・集中治療部,長友香苗 讃井将満:ICUにおける睡眠障害およびせん妄に対する予防的介入の効果
- 11) 宮崎貴廣:早期多職種介入が奏効したせん妄による認知機能低下を伴う75歳胆管癌の1例:日臨外会誌 77(2),430—435,2016
- 12) 八田耕太郎:せん妄の診立てと治療:精神経誌(2013)115 巻 11 号
- 13) 長谷川典子:認知症とせん妄:日老医誌 2014;51:422—427