

精神症状の中からせん妄をどう見抜くか

神戸学院大学薬学部

講師 橋本 保彦

●はじめに●

せん妄は、どの年齢の患者にも生じる精神症状の1つです。一般的に入院患者では10～15%、高齢者では50%以上に生じるといわれております。「なぜ高齢者にせん妄が起りやすいのか」ということは明確にはなっておりませんが、加齢やストレスによりアセチルコリンの低下と関係すると考えられています。またせん妄を起こしやすい条件として、脳卒中、認知症、パーキンソン病、薬の多剤併用、脱水、低栄養状態、体を動かすことができない状態が挙げられます。高齢者の多くはこれらに該当するため、せん妄を起こしやすいのではないかと考えられます。

ここでは、高齢患者さんにおける精神症状の中で、どのようにせん妄を見抜くのかということをお話します。

●薬剤性せん妄の症例●

まず、症例を紹介します。

患者さんは80代後半の男性で、数年前にアルツハイマー型認知症と診断されました。日常生活では日付を間違える程度で、特に問題となるようなことはありませんでした。ある日自転車走行中に転倒、骨折し、3カ月間入院しました。退院後は施設への入所となりましたが、施設では興奮が治まらなく、2週間もたたないうちに入院となりました。

入院後の精神症状について、日中は落ち着いて過ごされていましたが、夕方から夜間にかけて大声を出す、徘徊する、不穏になるなどの精神症状がみられました。これらの症状に対して、医師は抗精神病薬やベンゾジアゼピン系抗不安薬、抗てんかん薬、抗認知症薬を用いましたが、どれも有効であるとはいえませんでした。主治医は治療に行き詰まり、薬剤師を尋ねてこられました。

薬剤師は、患者さんの背景、服薬歴、既往歴、合併症と入院前後の治療経過などの情報をもとに、患者さんの症状は薬剤性せん妄ではないかと考えました。薬剤師は、主治医をはじめ医療スタッフと多職種カンファレンスを行い、まず「薬剤性せん妄」を疑った経緯

について説明しました。主治医とは、今後の薬剤調整について協議し、看護師には、薬剤調整に伴う患者さんの症状変化、日中および夜間の状態など観察してもらいたい点について説明し、医療スタッフ全員で薬剤性せん妄の改善に取り組みました。

その結果、入院時より新たに追加された薬剤を2カ月かけて減量中止することができ、患者さんの大声や興奮は治まり、退院されたという症例でありました。

この症例を振り返ってみたいと思います。

精神症状と一言でいっても、記憶障害、見当識障害、興奮、幻覚などがあります。しかし、これらの治療を考えるときには、医師はその症状の原因、つまり症状は病気によって生じているものであるのか、あるいは薬の副作用によるものであるのか、ということ判断しなければなりません。

今回のケースでは、医師は症状を病気によって生じているものと判断し、薬物治療を行いました。しかし、薬を使っても症状は改善せず、反対に悪化してしまいました。このような場合、医師は「薬が足りていないのではないかと判断し、薬を増量したり新たに薬を追加することがあります。症状が出るたびに薬を加えていくと、患者さんに生じている症状が精神症状であるのか、副作用であるのか判断が難しくなります。またどの薬が有効であるのかもわからなくなります。医師が患者さんを治したいという気持ちは理解できますが、行き過ぎはかえって治療を複雑にしてしまいます。今回はまさにそのようなケースであったと思います。

医師が薬物治療において重要視するのは、薬の有効性という側面であると考えられます。医師が薬の有効性を重視するのであれば、薬剤師は薬の副作用という安全性に重きを置いて患者さんを見るべきであります。ここに薬物治療におけるチーム医療が成り立つものと考えます。

●せん妄の原因と治療●

せん妄を見抜くポイントと治療についてお話しします。

せん妄の治療は原因の究明とその除去であるため、まずせん妄の原因を知らなければなりません。

せん妄の原因には、準備因子、誘発因子、直接因子の3つが挙げられます。

準備因子とは、高齢であることや認知症、脳血管疾患などの既往であります。これらの原因は対処することができません。準備因子のなかで注意しなければならないことは、せん妄と認知症を区別することです。これらの違いは、認知症では、症状が緩徐に進行するのに対して、せん妄では急激に起こるという点にあります。

次に対処可能である原因、誘発因子と直接因子について説明します。

1つ目の誘発因子とは、主に患者さんが置かれている環境と状況です。

集中治療室ICUや詰所は、モニターの警告音やインターホンが頻繁に鳴るため、患者さんの静穏や睡眠の妨げとなり良い環境とはいえません。患者さんにとって良い環境とは、日光が入り、時計やカレンダー、自分が使用する眼鏡や補聴器、家族の写真があるなど、患

者さんが落ち着くことができる空間です。つまり、患者さんにとっての“いつもの部屋”が最も快適な環境となるのです。

また不安や痛みなど患者さんが主観的に苦痛を感じることも誘発因子となります。このような場合は安易に薬を用いるのではなく、優しく言葉をかけながら、マッサージをすることも患者さんが落ち着く環境作りとなります。せん妄を疑った時には、まず患者さんが置かれている環境を見直すことも必要となります。

2つ目の直接因子についてお話をします。主なものとして、身体疾患と薬が挙げられません。

感染症など治療可能な場合は、まずそれを行います。治療によりせん妄が治る場合があります。一方、慢性疾患では症状が落ち着いてから、せん妄の治療を考えます。

もう1つの直接因子は薬です。薬はせん妄の最大の原因となります。薬により生じるせん妄が「薬剤性せん妄」であり、薬の副作用であります。特に、鎮静薬や抗コリン作用のある薬では、せん妄を起こしやすいといわれています。精神症状に対して薬を使っても症状が改善しない、あるいは悪化することがあれば、まず薬剤性せん妄を疑うことも必要です。

薬剤師は、薬の特徴や治療歴から、まず「どの薬がせん妄の原因となっているのか」ということに気付かなければなりません。次にその薬を「どのように減量・中止していけば良いのか」ということを医師と協議します。薬の減量や中止の仕方を誤ると離脱症状といってあたかも精神症状が再発したような状態に患者さんは陥ります。これを客観的に見ると、“薬を減らしたことによって症状が再発した・悪化した”という印象を与えかねません。一度このような状況が生じてしまうと、医師や家族は薬を減らすことに抵抗を感じるようになるので、慎重に行わなければなりません。

●おわりに●

最後にせん妄を見抜くポイントのまとめです。

まず、せん妄を起こす条件およびせん妄を起こす3つの原因が、患者さんにどれくらい該当するのかを確認します。

また症状の出方に日内変動があるのか、その症状は急激で一過性であるのかということも確認します。

「せん妄である」という断定は困難ではありますが、ある程度その傾向がみられたら、せん妄を疑い、その後の治療を考えていかなければなりません。

今回の症例におきましても、最初から“せん妄”とわかっていたわけではありません。しかし、わからないから何もしないというのでは、医療に貢献できません。

様々な情報から考え、予測していくうえで、薬剤性せん妄が見えてきました。今回の症例のように治療がうまくいっていないときこそ、「なぜ」「どうして」と思い、あらゆる角度から医療を考え、患者さんをよく観察し、患者さんがよくなる方法を導き出さなければなりません。それが、専門職としての使命であると考えます。