大学病院における修正型電気痙攣療法（m-ECT）の看護の現状と課題

Current status and issues in nursing care for patients receiving modified electroconvulsive therapy in Shinshu University Hospital

西３階病棟
細野瑞世　長澤亜矢子　池原絵美　宮澤育子

〈要旨〉精神科領域における重要な治療法として修正型電気痙攣療法があげられる。Ａ大学病院でも症例数は増加傾向にあり，過去４年間の件数を集計し看護の現状について振り返りを行った。

現在は，看護の基準として治療後全症例一律に身体拘束がされている。治療後の経過は様々であり，身体拘束の最小化について検討の必要性があると考える。

キーワード：修正型電気痙攣療法，身体拘束，治療件数

Ⅰ．はじめに

電気痙攣療法が精神科の治療に導入されてから70年以上が経過した。過去の電気痙攣療法の乱用により負のイメージは根強い一方で，悪化した精神症状に劇的に効果があることも事実である。薬物治療抵抗例では，最後の砦として，精神科領域での重要な治療のひとつとなっている。

麻酔科医の全身管理のもと，筋弛緩薬を用いる無痙攣の電気痙攣療法（修正型電気痙攣療法以下m-ECTとする）の出現により現在は，より安全に行われるようになった。

Ａ大学病院でも1995年頃からm-ECTが導入された。他病院からの受け入れ患者も増え，症例数が増加している。対象年齢は10代～80代と幅広く，適応疾患も多岐にわたる。m-ECTを受ける患者は，全症例，医師の指示のもと術後身体拘束を行なっている。Ａ大学病院におけるm-ECTの現状を振り返ることで，看護の課題が見えてきたのでここに報告する。

Ⅱ．方法

1）過去４年間の当院でおこなわれたm-ECTの総数を看護記録から集計をする。
2）疾患ごとの人数を調査する。
3）看護を振り返る。

Ⅲ．倫理的配慮

個人情報については外部に漏れないように厳重に管理し，個人の特定が出来ないように配慮した。

Ⅳ．電気痙攣療法とは

頭部（こめかみ）に通電し，人為的にてんかん発作の電気活動をおこすことによって，悪化した精神症状の改善を図る治療法である。

1）治療器

電圧を一定にするサイン波治療器（図１）：抵抗などにより電流は変化してしまう
パルス波の電流に比べて認知障害などの副作用が大きい。

電流を一定にするパルス波治療器（図２）：抵抗に応じて電圧を変化させる
エネルギーが少ないことにより副作用が少なく，安全性も高い。

図１　サイン波治療器

図2　パルス波治療器（サイマトロン®）

2）適応疾患

うつ病　統合失調症　双極性障害　パーキンソン病（気分/運動症状）　精神遅滞の行動異常　強迫性障害　せん妄　悪性症候群　難治性てんかんなど

V．A大学病院における修正型電気痙攣療法

4件/日を上限に毎日施行できる状況である。1クールは週に2～3回の割合で6～12回実施。症状が改善するまで数クール施行する。治療の効果は一般的に1ヶ月程度といわれている。

薬物療法で症状の維持ができない場合は，数週に1度，週に2～3回の治療の割合で，5日程度の入院の維持電気痙攣療法をおこなう場合もある。その際には看護セットを適応している。特に回数の制限はなく，症状が改善されるまで継続される。

平成24年の件数が極端に多い理由として維持電気痙攣療法の患者が多いことがあげられる。麻酔科医のいない精神病院からの紹介患者の受け入れをしていることも件数の増加の要因となっている（図3）。

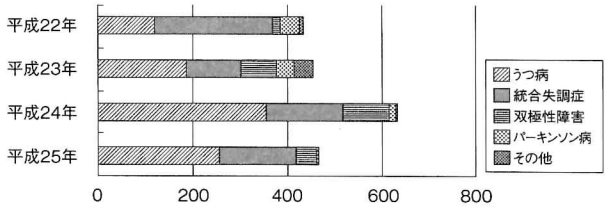

図3　m-ECTの延べ件数と疾患分布

VI．修正型電気痙攣療法の看護

	治療前日まで	治療前日	当日朝	治療後	安静解除時
検査処置	・心電図，胸部レントゲン ・血液検査，尿検査 ・循環器内科受診 (脳波 頭部CT頭部MRI)	・術後の部屋の準備(酸素流量計、吸引物品など)	・静脈確保 ・胴抑制帯を設置 ・バイタルサイン測定	・麻酔科医から酸素投与の指示 ・麻酔の覚醒状態や意識レベル，副作用，呼吸状態，ＶＳ測定(帰室直後，15分後，30分後，1時間後，2時間後，安静解除後)	・酸素投与時間を目安に2～3時間床上安静 ・静脈ラインの抜去 ・ＶＳ測定と副作用の観察
薬	・内服調整(抗痙攣薬など中止)	・頓服薬は指示された時間まで内服可能	・指示された内服薬のみ内服		
行動		・胴抑制帯をベットに準備	・幻覚妄想状態などで，危険行動があり安静が保たれないときは，医師の指示のもとに身体拘束	・不穏による転倒転落防止の目的，全症例、胴抑制 ・酸素マスクの除去，点滴ルートの自己抜去の危険防止の目的で必要時，上肢抑制を追加	・歩行状態を確認して，安静解除
食事	・特に制限なし	・21時以降絶飲食	・朝食欠食		・安静解除後，水分を摂取し嚥下状態に問題がなければ昼食から摂取
説明	・インフォームド・コンセントに同席 ・術前オリエンテーション(疎通のとれない患者はのぞく)	・麻酔科の術前診察に同席（家族が同席できない場合のみ）			

副作用

1）通電直後に出現し，短時間で消失するもの
- 心血管性合併症：徐脈，洞停止，頻脈，心室性不整脈，高血圧
- 失禁，歯科的問題

2）覚醒後に出現し数時間持続するもの
- 発作後錯乱
- 認知障害：健忘
- 頭痛，嘔気，筋肉痛，発熱

3）数日以上持続するもの
- 認知障害：健忘

4）数日以降に出現するもの
- 躁転：多幸感，脱抑制，易刺激性

5）その他

骨折，悪性高熱･遅延性無呼吸などの麻酔に関するもの

（下線部の症状は，よく起こる症状）

Ⅶ. 考察

術後一度も不穏状態になったことのない患者も，医師の指示のもと電気痙攣療の看護の基準として全症例一律に身体拘束をしている。しかし，維持m-ECT中の患者で術後不穏状態になったことがない腰痛を訴える患者，胎児への影響から胴抑制のできない妊婦は，主治医の許可を得て例外的に身体拘束をおこなわないこともある。その際は，体動センサーを使用して，転倒転落などの危険防止をしている。

麻酔覚醒後に不穏にならず，疎通が良好であるなど術後の安静が維持できる患者に対しては，倫理的配慮の観点からも拘束時間・拘束の方法を個別に検討していく必要があると考える。

Ⅷ. 結論

m-ECTによる副作用は様々である。

患者の安全は最優先事項であるが，患者の苦痛が少しでも軽減できる援助として，身体拘束の最小化について検討していく必要がある。

参考文献

本橋伸高：ECTマニュアル第1版，医学書院，1-23，2000.

リチャード・アダムス：電気痙攣療法第1版，一ノ瀬邦弘，医学書院，127-138，2005.

米国精神医学会タスクフォースレポートECT実践ガイド監訳：一ノ瀬邦弘，へるす出版，6-50，2002.