

脳神経外科領域におけるせん妄患者の実態 ～4 事例の検討を通して～

Circumstances with patients of delirium in the Department of Neurosurgery

-four case reports-

東5階棟：小林大樹 中瀬裕絵 今澤由理恵

原田美香 長尾章弘 大曾契子

要旨

今までせん妄患者に対する具体的なケアは存在しないため、多くの看護師が対応に不安や困難感を抱いてきた。今回、脳神経外科領域のせん妄を発症した4名の事例を振り返り、生活習慣の把握、身体的ストレスの解除、不安への対処、効果的な薬剤の使用がせん妄患者に対する効果的な介入であることが分かった。せん妄状態をその状況に合わせて適切にコントロールすることで、せん妄患者は穏やかに過ごすことができ、どの患者にも質の高い看護を提供できると考える。

キーワード：脳神経外科・せん妄・実態調査

I. はじめに

入院中にせん妄を生じる患者は、統計により全入院患者の14%～56%と報告されている。過去4年間に当病棟の脳神経外科に入院した患者においては16.6%と決して高い数値ではない。しかし、脳神経外科領域のせん妄状態は、脳器質の疾患から起こる意識障害も混在するため必要な治療や看護の提供を困難にする。看護師はせん妄患者が引き起こすドレーン類の自己抜去など、生命の危機的状況への対応に不安や困難感を抱くことが多い。

せん妄患者に対して今までは、その場限りの一時的なケアが多く、具体的なマニュアルは存在しなかった。今回、過去のケースを看護記録から振り返り効果的な介入を見つけることで、病棟内で統一した看護が提供でき、せん妄を生じた患者に対するスタッフの不安や困難感も軽減できると考え、今回の研究に取り組んだ。

II. 方法

1. 対象：2005年～2008年にA病院脳神経外科病棟に入院した患者で、せん妄が顕著に発症し、精神科受診により「せん妄」と診断のされた4名。
2. 分析方法：看護記録より、4名をLipowskiのせん妄発症因子¹⁾で分類する。また看護記録か

ら実際に行った看護ケアを抜き出し、誘発因子を抽出して共通性を研究者間で検討する。

3. 用語の定義：本研究におけるせん妄の定義は、「一過性に出現し、可逆性の軽度の意識障害あるいは意識変容、急激な発症(数時間～数日間)」とした。

III. 倫理的配慮

信州大学医学部附属病院看護研究倫理委員会の承認を得た。個人が特定されないよう配慮し、調査にあたった。また得られたデータは研究以外には用いず、研究者のみが責任を持って管理する。研究終了後、得られたデータは速やかに破棄する。

IV. 結果

1. ケース1

- 1)経過：交通外傷にて救急部搬送。CT・MRIにて右前頭葉～右側頭葉脳挫傷・外傷性くも膜下出血を認め緊急入院となる。保存的治療となり、救急部搬送3日目に当病棟に転科・転棟。転棟時グラスゴーマススケール(以降G・C・S)=4・4・6 見当意識障害認める
- 2)せん妄状況：毎日朝食後、普段着に着替え、かばんに書類を入れ病棟を離れようとする。
- 3)対応：着替えようとした時に声をかけ、着替える前にリハビリや簡単な作業を促した。その結果、自分の部屋で作業を行うことで、離棟せずに過ごすことができた。

2. ケース2

- 1)経過：自宅にて意識消失あり、救急搬送される。精査後、くも膜下出血を認め緊急手術施行。術後に閉塞性水頭症悪化認め、脳室ドレーン留置。1週間後、当病棟に転科・転棟。転倒時G・C・S=4・4・5 見当意識障害認め、オーダー入らずドレーンの自己抜去のリスクが高い状況にあった。
- 2)せん妄状況：抑制帯から抜け出そうと頻回に起き上がり、家族や看護師が近づくと暴力行為があった。
- 3)対応：ドレーン抜去後、点滴ライン・尿カテ挿入中であったが、ルートを衣類の中を通し目立たないようにするなど自己抜去に対する予防対策を行い、抑制帯を外して早期離床を図った。その結果、体動センサーの頻回な感知はあったが、家族・看護師に対する暴力行為は減少した。

3. ケース3

- 1)経過：左側頭葉の神経膠腫で手術・加療目的の入院。術後、放射線療法・化学療法適応となり治

療開始。入院時より、軽度認知症認めた。せん妄状況時 G・C・S=4・4・6

2)せん妄状況：前日の夕方に検査や治療の説明を行なうと、そのことに固執してしまい、不安が増強、被害妄想や徘徊が悪化し興奮状態となった。

3)対応：比較的落ち着いている、当日の朝に検査や他科受診の説明をすることを病棟全体で統一し関わった。その結果、当日の検査説明直後や検査直前には落ち着きがなくなることはあったが、前日の夕方に説明を行うのに比べ、落ち着いて過ごす時間が長くなった。

4. ケース4

1)経過：左側頭葉から前頭葉の神経膠芽腫で手術目的の入院。術前より感覚性失語・軽度認知症を認め、術後感覚性失語の悪化を認めた為、意思の疎通が図れず時折イライラしていた。せん妄状況時 G・C・S=4・A・6

2)せん妄状況：夕食後になると興奮状態となり、自宅へ帰ろうとする行動が見られた。抗精神病薬を屯用で内服していたが、効果が薄く、追加薬を使用し内服量が増加してしまった。そのため次の日の午前中に傾眠傾向になってしまい、生活リズムの悪化も引き起こした。

3)対応：医師と相談後、興奮が増強する前の夕食後に抗精神病薬を定期内服に変更した。その結果、興奮状態は認められず、夜間は睡眠を確保することができた。

〈表1〉Lipowski のせん妄因子分類

	ケース1	ケース2	ケース3	ケース4
せん妄評価 尺度	23(24)点	24点以上	24点	23点
直接因子	・交通外傷 (右前頭葉～側頭葉 脳挫傷・外傷性くも 膜下出血) ・アルコール多飲	・くも膜下出血 (右椎骨動脈解離 性動脈瘤) ・手術	・神経膠腫 (左側頭葉) ・手術 ・放射線療法	・神経膠芽腫 (左側頭葉～前頭 葉) ・手術
準備因子	・前頭葉への受傷	・脳血管障害 ・家庭環境	・認知症 ・高齢	・認知症 ・高齢

誘発因子	<ul style="list-style-type: none"> ・環境の変化 ・緊急入院 ・抑制 ・モニター・ルート類 ・入院前のライフサイクル 	<ul style="list-style-type: none"> ・発熱・腰痛 ・セレネースの多量投与・抑制 ・救急部への長期滞在 ・ドレーン・ルート類 	<ul style="list-style-type: none"> ・不安 ・不眠 	<ul style="list-style-type: none"> ・感覚性失語
不穏状況	<ul style="list-style-type: none"> ・一定の時間になると着替え、荷物を持ち、離棟しようとする ・妨げようとする、怒り、抑制がきかない 	<ul style="list-style-type: none"> ・頻回に起き上がる ・暴力的 ・ライン類自己抜去 	<ul style="list-style-type: none"> ・1つのことに固執する ・被害妄想 ・易怒性 ・離棟 	<ul style="list-style-type: none"> ・夕方になると興奮 ・家族来院時、興奮。自宅に帰ろうとする
看護介入	<ul style="list-style-type: none"> ・着替えようとした時、声をかけ着替える前に作業(リハビリの宿題・紙切りなど)を促す →自分の部屋で作業を行うことができ、離棟せずに過ごすことができた 	<ul style="list-style-type: none"> ・オーダー入らず、ドレーン挿入中で、自己抜去の可能性が高いため抑制帯使用中 →ドレーン抜去後、点滴ラインを服の中に通すなど自己抜去に対する予防対策を行い、抑制帯を外した。起き上がる事はあがるが、離床センサーで対応できた。ライン類の自己抜去はなかった 	<ul style="list-style-type: none"> ・前日に検査や治療の話をする、興奮し被害妄想や徘徊がひどくなる。夕方になるとせん妄状態 →当日の朝に検査や他科受診の説明をすることを統一し関わった →検査説明直後や直前には、興奮したが落ち着いて過ごす時間が長くなった 	<ul style="list-style-type: none"> ・夕食後になると落ち着きなくなり興奮することが多く、屯用の抗精神病薬を連日使用していた →Drと相談し抗精神病薬を夕食後、定時内服とした →夕方落ち着きなくなることはあったが、興奮強くなることなく夜間の睡眠が図れた
体動対策	<ul style="list-style-type: none"> ・離棟センサー ・アラームマット ・TVモニター 	<ul style="list-style-type: none"> ・体幹、肩、四肢抑制 ・TVモニター ・ウーゴ君 	<ul style="list-style-type: none"> ・離棟センサー ・アラームマット (夜間のみ) 	<ul style="list-style-type: none"> ・TVモニター ・ウーゴ君 ・アラームマット

V. 考察

岡部らはせん妄患者への声かけについて「患者が行動しようとしたその時や、周囲に関心を示すような仕草を見せたときがタイミングである」²⁾と述べている。ケース1では、「着替える」→「仕事に行く」という流れを作らないことでせん妄を誘発する因子を減らすことが出来た。また、簡単ではあるが、リハビリからの宿題を作業として取り組む事で仕事に対する欲求も満たされたと考える。

ケース2では、せん妄状態が強く、激しい体動や暴力行為もあったため脳層ドレーン留置中は自己抜去予防が優先となり、体幹抑制などの強い抑制を使用しなければならなかった。菅原は「安全確保のためでも、身体拘束はせん妄症状の悪化をもたらす」³⁾と述べている。この患者の場合ドレーンがなくなってからは、暴力行為のリスクはあったが患者の欲求に応じて早期離床を図った。これにより患者のストレスを軽減することに繋がったと考える。

ケース3では、1つのことに固執し、医療行為や自分の状態について考えこむ傾向にあった。菅原は「症状が急激に発現し、1日の中でも変化するというのがせん妄状態である」³⁾と述べている。この患者の場合、午前中は症状が落ち着いているため、その時間に説明を行なうと強い興奮には至らず、穏やかに過ごすことができた。患者の状態をできる限り早期に把握し、統一した関わりを検討していくことが必要であると考ええる。

ケース4では、抗精神病薬を興奮が増強してから使用していたが、著名な効果は見られなかった。興奮状態になってしまった患者に対しては、薬を投与しても効果が期待できない。興奮状態になる前兆を把握し、興奮前の定時内服に切り替えることで、穏やかに過ごす時間が長くなったと考えられる。

看護師の効果的な関わり方の背景には患者の生活背景・日内変動など、観察による状況把握が大切であることが示される。せん妄状態をその状況に合わせて適切にコントロールすることで、せん妄患者は穏やかに過ごすことができ、どの患者にも質の高い看護を提供できると考える。

VI. 結論

せん妄患者への効果的な関わり方として、生活習慣の把握、身体的ストレスの解除、不安への対処、効果的な薬剤の使用が挙げられる。

さらに、多くの事例について検討を行い、フローチャートを作成し看護師間で統一した看護を提供できるように務めていくことが求められる。

<引用・参考文献>

- 1)川崎弘詔：せん妄の診断・治療,
http://www.med.kyushu-u.ac.jp/psychiatry/_userdata/delirium.pdf
- 2)岡部紀代子, 他:術後せん妄になりやすい因子と予防のための対策, 脳外科看護. No. 2, Vol. 3, 頁
18-23, 日総研出版, 2008. 11. 1
- 3)菅原峰子:せん妄予防の看護のポイントと発症時の対応. 臨床老年看護, No. 5, Vol14, P13-19, 日総
研出版, 2007