

## 無痙攣電気痙攣療法患者のセルフケア援助の変化

—入院生活チェックリストを使用してみても—

The changes in self-care assistance for patients treated with modified ECT

:after using the check lists of hospital life

西3病棟 ○根橋祐子 大久保貴子

新倉千恵子 下條美芳

m-ECT治療前後のセルフケアを入院生活チェックリストで比較すると改善がみられた。しかし症状の善に比べ、副作用から生じる記憶障害などから患者本人の自覚が伴っていないことがわかった。この問題に対し家族と共にチェックリストを使用し、患者本人に改善していることをかえす事で、良くなっていることを一緒に実感でき、自信につなげる事ができ、今後の看護していく上で活用できると考える。

key word m-ECT セルフケアの改善 評価

### 1. はじめに

高齢者人口が増えていく時代となり、精神科病棟においても老年期の入院患者が増えてきている。その中で老年期うつ病による否定妄想病のケースは、妄想的思考の為に拒否的態度でセルフケア援助を受け付けずタイミングを選んだ長期間の看護介入が必要とされる。

当精神科病棟において、老年期うつ病による否定妄想病で無痙攣電気痙攣療法（以下m-ECTとする）の適応となりセルフケア援助面で大きく変化した症例を経験した。m-ECTについてはセルフケア面での変化を研究したものはまだない。今回患者・患者家族の協力を得て治療前後のセルフケアを入院生活チェックリストを使用したところ変化が確認できたので発表する。

### 2. 研究方法

1) 過去2年間（平成14・15年）に老年期妄想症で入院治療を受けた患者3名の看護記録から情報を得る。

2) ISDA（入院生活チェックリスト）で、m-ECT前後の生活面を比較検討する。

<倫理的配慮>調査対象となる患者本人に対しては家族の同席のもと、調査の目的、方法、記入内容、プライバシーには充分配慮すること不参加による不利益はないことなどについて本人にわかり

やすく説明し、本人の意思表示を確認した上で承諾を得た。家族に対しても同様に口頭で説明し、承諾を得た。

#### <用語の定義>

##### ・無痙攣電気痙攣療法 (m-ECT) について

薬物治療抵抗性の精神疾患（統合失調症やうつ病）に対する治療法として電気痙攣療法が選択されている。頭部に電気を通電しけいれんを誘発させる治療法である。安全性を求め、静脈麻酔薬や禁弛緩薬を用いた修正型が無痙攣電気痙攣療法である。当院ではこれを手術室で行っている。100V5秒（若干の変更あり）の通電を6～10回1クールとして3回/週のペースで行う。

##### ・メンテナンスECTとは

m-ECTは効果はあるのだが、その効果が持続しない事がある。その為継続療法の一つとして週毎、月毎に1～2回のm-ECTを行っているのがメンテナンスECTである。

### 3. 事例紹介

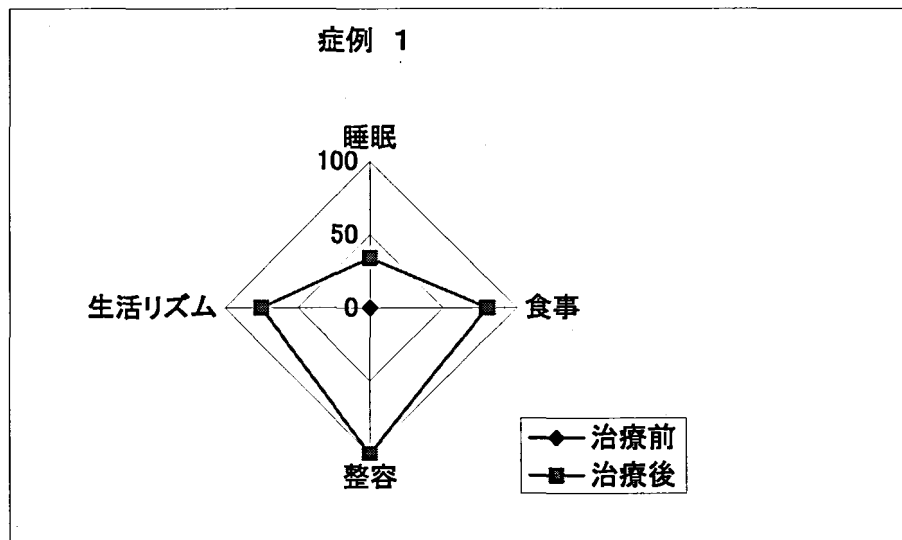
#### [症例1]

診断名：遷延性うつ病（難治性うつ病）

主訴：拒食 罪業妄想 亜昏迷状態

経過：52歳頃よりうつ病で通院、内服治療を受けていた。H13年に弟が亡くなった頃より抑うつ状態となり、H14年1月末には嘔気あり水分摂取できず脱水状態となる。2月に近くの病院に入院するも拒食、罪業妄想、亜昏迷状態みられ改善されず。7月にECT目的で当院に転院となった。拒否的、減動、亜昏迷状態は続き、身体拘束、経管栄養して全身状態改善後ECT施行。減動状態等の症状は改善される。一時退院するも再燃を繰り返してECT施行する。3クール計19回施行。治療中はふらつき、記憶障害が強くみられた。夫の希望強くH15年1月よりメンテナンスECT導入となる。1ヶ月毎のメンテナンスECT2回したところで再燃。1クール8回施行。その後は2週間毎のメンテナンスECT施行。しだいに3～4週、1ヶ月毎となる。8回入院2回ずつ施行（計16回）。再燃することなく日常生活を送る事ができ、家事も十分にこなせるようになる。6回入院6回施行。H16年2月17日のメンテナンスECTを最終として外来通院となった。（計41回）治療経過を覚えていない不安がきかれていた（図1）

図1



治療前後のISDAの比較 治療前の評価は睡眠、食事、整容、生活リズム面が0%

治療後は睡眠 34%、食事 80%、整容 100%、生活リズム面 75%

一緒に評価しながら治療中の記憶がないことが気になっていることや忘れやすくなることへの不安を話す。生活の具体的に良くなったエピソードを伝えながら、改善した事を評価してフォローした。

#### [症例2]

既往歴：45歳：脳梗塞

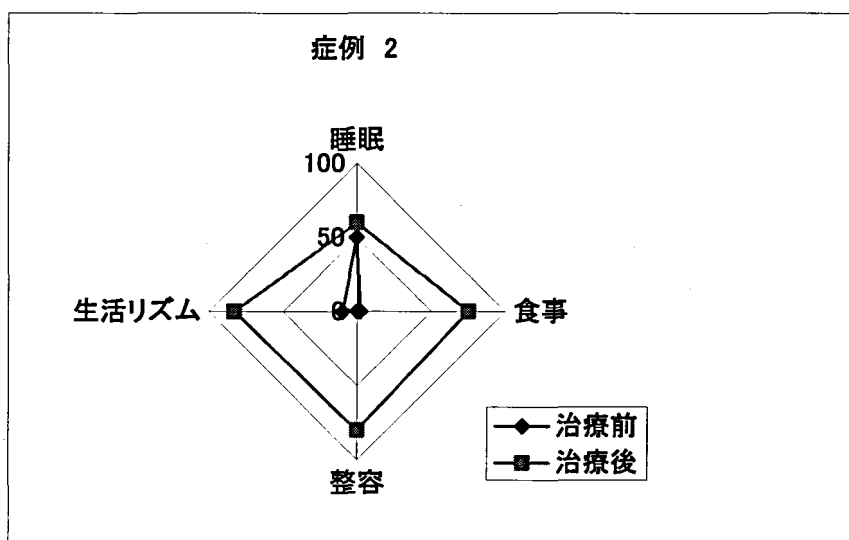
診断名：遷延性うつ病（脳萎縮を伴う）

主訴： 食欲低下 不安焦燥 否定的言動 希死念慮

経過：H11年12月よりうつ病にてN病院へ通院。H11年8月頃から「気力が出ない、食欲が出ない」と訴えるようになる。同年12月長男が自殺企図を起こしたことを契機に不調になり近くの病院に任意入院。拒食様の訴えと尿閉あり。症状改善し退院。しかしその後も不安定で、希死念慮強く同院医療保護入院となり、m-ECTがはじめて実施された。H14年7月当院へ紹介入院となった。苦悶様表情で「食べられない何もできない」と訴え、行動は脱抑制的だった。薬物調整により改善にむかいm-ECT行わず退院。しかし退院後すぐに不安・焦燥が強くなり食欲も低下し再入院。前回と同様の症状が見られ経管栄養、日常生活の介助を要した。薬物調整も顕著な効果ないため、12月17日から計5回m-ECT実施。食欲も出てきて不安焦燥は消失した。以後H16年1月まで3クール19回実施。入院時の主訴は食欲低下と「…できない」

などの否定的な訴えが主であり、治療後は、食事摂取が可能となり日常生活が自立でき退院を迎える、というパターンを繰り返した。その間には不調のため患者や夫自らm-ECTを希望することもあった。H16年2月にはメンテナンスECTが実施された。今までのよう不調になる前に行え、良い状態を保つ事ができた。しかし本人は「最近物忘れがひどくなった」と気にする姿がみられた。不定期だがメンテナンスECT継続している（図2）

図2



治療前後の I S D A の比較 治療前は睡眠 50%、食事 2%、整容 0%、生活リズム面 10%

治療後は睡眠 60%、食事 75%、整容 80%、生活リズム面 83%

#### 4. 結果

- ① m-ECT前には否定、拒食が強くセルフケア援助が難しく、精神状態悪化が続き援助も長期化していた。水分・栄養に関する援助・混迷や妄想的思考のための問題行動に関する安全確保・清潔の援助が主であった。
- ② m-ECTに関しては、クリティカルパスに沿い観察・安全確保が主であった。ふらつきには治療後覚醒するまで胴抑制し、長期にふらつきが残る場合には徘徊マット使用し転倒転落防止した。記憶障害による失見当識については一時的なものであることを説明し、その後数時間の日常生活の見守りや確認を行っている。
- ③ 2事例ともm-ECTの回数を重ねるにつれて、肯定的となりセルフケア介入がスムーズとなり、治療のクールを1、2回終了したところで自立できるようになりセルフケアの改善がみられた。I S D Aは治療前後の比較結果は睡眠、食事、整容、生活リズムの全ての項目について

改善されていた。ISDAを共に評価することでセルフケアの立ち上がりのよさに比べて本人の自覚が伴っていない事がわかった。本人、家族、看護師と話しながら自分の状態の変化を振り返ると同時に改善を受け入れ自信とつなげられるように援助した。

- ④ 2事例とも記憶障害やふらつきがでた。ふらつきについては早期に改善される。看護介入で転倒事故を防いだ。記憶障害は年齢や器質的問題などで個人差がみられた。2事例とも記憶障害への不安がきかれた。

## 5. 考察

治療後は患者のセルフケアの自立度が大きく改善する。状態をみながらの介入し、無理のない自立を勧めていくのが重要となる。副作用であるふらつきや記憶障害については自然に改善することを伝え、安全、安心の確保に努める。特に記憶障害については患者自身が今までの経過や現状を忘れてしまったことやそれについての不安を話す事が多かった。

メンテナンスECTは患者本人・患者家族の病態変化の認知や観察、また治療継続の動機付けが大切となる。患者本人は混乱状態の中で治療開始し、治療後は記憶障害からいまひとつ治療前後の変化を意識できず、不安もある。今回ISDAを使用してみたことでセルフケアの変化を具体的に実感できた。今後、病態変化の観察スケールとし利用でき、家族や患者本人が自分の状態の変化を意識付けでき、計画開示していく際にもクリティカルパスとともに相談しやすく、困っていることや不安が解消されるツールとして期待でき、患者と一緒にすすめていくことができると考える。

## 参考文献

坂田三充 萱間真美：精神科看護のための事例研究、精神科看護出版、2003

福島佐千恵：「入院生活チェックリスト」の作成と試用、精神認知とOT、Vol. 1  
170-176 2004

本橋伸高：ECTマニュアル 科学的精神医学をめざして、医学書院 2000