

# ICUにおける精神症状について

集中治療部・救急部 発表者 笹井三枝  
茂野テル子・近藤 東・柳沢早苗・小林千代美  
宮沢育子・宮下和子・郷津世志恵・今溝 忍  
北沢恵子・矢野いづみ・草深仁子・中村恭子  
三宅美智子・久保田睦子・佐藤恵美子・太田美八子  
渡 忍 きぬ子

## はじめに

我国において、ICUはここ10数年間にめざましく発展してきたが、一方入室患者の中で、精神症状をおこす患者が増加の傾向にあり、問題となっている。この原因については、多数報告されているが、ICUという特殊環境が大きく影響しているといわれている。その主な症状は一過性のせん妄であり、不穏、激しい体動等により、動脈留置針、気管内チューブの自己抜管等の生命を直接おびやかすものとなっている。当ICUにおいても、その発症は例外ではない。私共は以前より、精神看護について、ケーススタディを行ってきているが、今回は文献学習とともに過去2年間の症例を調査し、予防的看護ができるのではないかと考え、検討してみた。

## I 研究期間

昭和57年10月より昭和58年9月

## II 研究内容

1) 昭和56年1月から昭和57年12月まで、2年間のICU入室患者633名を対象に精神症状の発生状況について調べてみた。

このうち、脳外科疾患、14才以下、自殺企図の患者347名は除外した残り286名中、なんらかの精神症状をおこした患者数は50名であった。(表1参照)

次に性別では男性19.4%、女性14.1%で、やや男性に高率であり、諸文献でも同様の結果であった。年齢では、男女共に50代～70代にかけて多い傾向がみられた。(表2参照)

予定入室者と救急(院内緊急と三次救急を含む)の発生状況を比較すると、救急入室者に多くあらわれている。(表3参照)

疾患別では、火傷、心筋梗塞、心疾患術後(特に弁置換)、食道Ca術後、呼吸不全の患者に発生しやすかった。(表4参照)

今回、症例数が少なく、統計として有意の差を現わせなかったが、精神症状を予測する指標となった。

2) 2年間に精神症状を呈した50症例を検討し症状、原因と思われるものを調べた。症状は激しい体動によるチューブ類の自己抜管等、見当識障害、多弁、無表情、幻視、幻聴であった。それらの根底には不眠があり、不穏状態のあとに症状が悪化するケースがみられた。原因と思われるものには、①治療、処置、病状の説明不足、②呼吸、循環状態の不安定、③一過性の脳虚血状態、

④気管内チューブ、疼痛等の身体的苦痛、⑤人工呼吸器離脱の失敗、⑥鎮静、鎮痛剤の不適切な使用、⑦抗不整脈剤（リドカイン）の副作用等があった。

- 3) ここで一症例を紹介する。この患者は、食道・胃（高位）潰瘍で、救急車で搬送されてきた患者で、入室時より、激しい体動、医療拒否が退室までみられた。この原因と考えられるものには、血圧低下による一過性の脳虚血、循環動態の不安定、血液ガス値不良、気管内チューブ挿管、緊急入室等があげられるが、入室直後に出血性ショックに陥り、心肺蘇生術が施行される等の緊急処置におわれ、十分な説明がなされないままに身体的苦痛を伴う処置をやや強引に行ったこと、また状態が落ちついたあと、その場の状況説明をしても、高令者であり、やや理解力に欠けた。私共もその場限りの対応で終わってしまい、統一した態度で接しなかったため、不信感をいだかせてしまったと思われる。（資料2参照）

この症例から、身体的悪条件に目を配るのはもちろん、精神面へのアプローチの重要性を痛感した。他の49症例についても同じような症状がみられた。以上の結果をもとに精神看護マニュアルを作成し、予防的看護について検討してみた。精神看護マニュアルはAからIまでの9項目についてまとめ、すぐ実行できるように具体的な対処法を示した。（資料3参照）

- 4) 次に、精神看護マニュアル作成後の一症例を紹介する。この患者は交通事故による多発外傷で、救急車で搬送されてきた患者です。出血性ショック状態であるが、意識清明で激しい体動があった。しかし、気管内チューブ挿管、呼吸器装着、胸腔ドレーン等の処置が行われる前に医師より説明があり、看護婦側からは声をかけ、はげます態度で、患者に接した。入室日以降バイタルは安定していたが、気管内チューブ挿管が12日間に及んだ。この患者の訴えは気管内チューブ挿管にともなう苦痛と不眠が主な訴えであり、精神症状を誘発させる要素が十分にあったにもかかわらず、目に見えた不穏状態を呈さずに軽快退室した。（資料4参照）

先の症例に比較して、病状が早期に落ちついたということもあるが、作成した精神看護マニュアルの活用により、患者の小さな変化を早期に発見し、対処できるようになった。

## 考察

私共はICUにおける精神症状の原因は、特殊環境下での拘禁状態によるものが大きいと考え、配慮してきた。今回の研究の結果、精神症状が、身体的異常の前駆症状として現われることにきずいた。特に第一症状である不眠、無表情に注意する必要がある。患者が不穏を呈した際には、十分な観察とその原因追求が必要である。また身体的状態が不安定な患者は、常に不穏状態に陥る可能性のあることを考慮し、早期に対処するようにした。その結果、以前に比較して、チューブ類等の抜管事故が減少してきている。不穏状態を呈した患者の退室後訪問では、不穏時の言動についてはほとんど覚えていないという結果が得られている。現実には患者はその時点では苦しんでいる。そこで、私共は患者の訴えを重視し、苦痛を軽減させるとともに、精神的安定をはかる為に、精神看護マニュアルを活用しつつ、状況をくり返し説明するとともに、体動ある患者にはできる限り、ベッドサイドに付き添い、受動的態度で接し、事故防止に気を配っている。しかし、不穏時の看護はICU看護婦にとって強いストレスであることも事実である。一方、精神症状を現わさないが、あきらかに自己抑制していると思われる患者も多く、それらの人々の為にも、症例及び、精神看護マニュアルの検討をかさねながら、予防的看護をしてゆきたい、そして精神症状の激しい症例等は、主治医

と相談の上、精神科医との連絡をとり、適切なアドバイスを受けるようにしてゆきたい。

#### おわりに

今回の研究でICU入室患者の中で、精神症状をおこす原因がより鮮明となった。そして1人1人の患者に対し、問題意識をもち接するようになり、一つの事を細かに観察し記録にとどめる事ができるようになり、患者のおかれている状態を、今まで以上に知るようになり、看護記録も充実してきた。

これからの私共の課題は、その精神症状が単なる精神的なバランスの欠如からくるものか、あるいは身体的異常によりおこるものかをみきわめる目を養うことにあると考える。

この研究にあたり、御教示下さいました精神科の湯沢先生、集中治療部の木村先生に深謝いたします。

#### <引用、参考文献>

- 1) 志水彰他；ICUにおける精神障害 臨床精神医学3(5)：38～43, 1979
- 2) 和田寿郎監修；心臓外科の専門看護，第一版メヂカルフレンド社：166～168, 1978
- 3) 斉藤千里；ICUにおける精神障害とその看護 臨牀看護9(5)：644～665, 1983
- 4) 黒澤尚；ICU患者にみられる精神症状 臨牀看護9(7)918～924, 1983
- 5) 井上智子；術後人工呼吸器装着患者の苦痛とその看護，ICUとCCU5：845～851  
1981

〔資料2〕

症例1

I C U入室期間 昭和57年8月30日～9月9日

○原○ゑ氏 女性 70才 身長 138cm 体重 43kg

病名 食道胃（高位）潰瘍

主訴 吐血，下血

既往歴 高血圧 25年前乳癌根治術

- 8月30日 12.20 市外某病院より救急車にて搬送されてくる。出血性ショックにて血圧下降，Vi～心停止となり心肺蘇生術施行（気管内挿管，サーボレスピレーター装着，心臓マッサージ約5分その他）約14分で自発呼吸でてくるが，瞳孔散大（6.5）対光反射（-）30分後瞳孔の変化はないが，頭を動かしたりまばたきをするようになる
- 8月31日 2.00 対光反射あり，入室より約14時間後に呼名に開眼する。意識回復後より，体動を主とした精神不穏状態が出現した。内視鏡検査でも出血点がわからないまま，吐血，下血に対しては輸血等対症療法を行う。再三の検査（内視鏡検査4回 透視1回）結果より腫瘍又は高位胃潰瘍が考えられた。
- 9月7日 噴門側胃切除，食道胃吻合，幽門形成術（手術にて食道胃（高位）潰瘍と診断される）
- 9月9日 レスピレーターよりウイニング終了，気管内チューブ抜去，病棟へうつる。

〔資料 I〕

表1. 56・57年度入室者総数

	56年	57年	合計
予定入室	64名	73名	137名
院内緊急	32	33	65
三次救急	29	55	84
脳外科疾患	121	99	220
自殺企図	6	3	9
14才以下	56	62	118
合計	308名	325名	633名

表3. 予定入室・緊急・三次緊急の比較

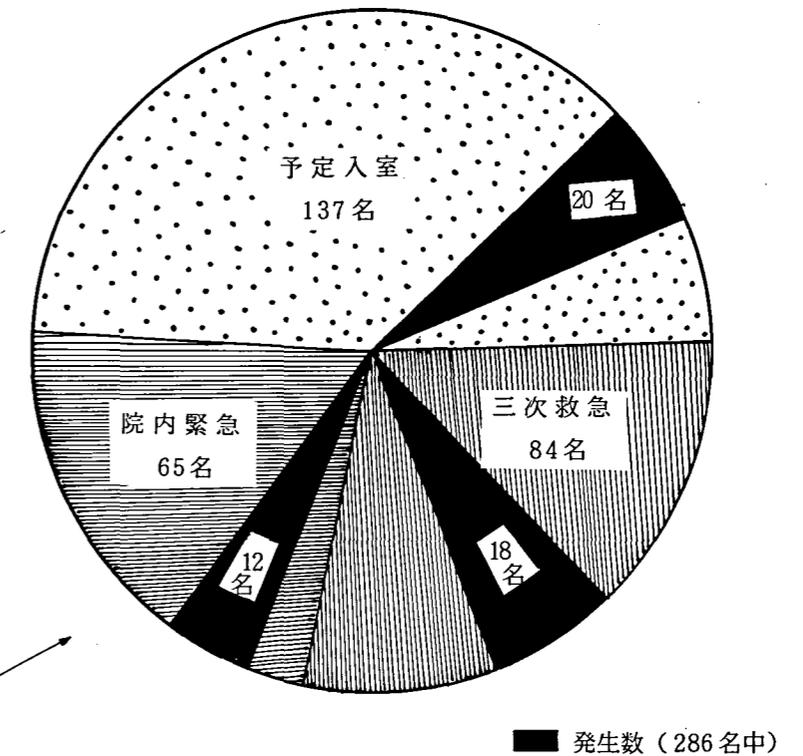


表2. 年齢・性別による発生率

年齢別	男性		女性	
	入室者	発生率	入室者	発生率
15～20才	3名	0名	2名	0名
21～30	12	1 (8.3%)	11	0
31～40	26	3 (11.5%)	18	3 (16.6%)
41～50	29	2 (6.8%)	19	0 ( )
51～60	42	12 (28.5%)	24	5 (20.8%)
61～70	35	12 (34.2%)	19	6 (31.5%)
70才以上	26	4 (15.3%)	20	2 (10.0%)
計	175名	34名(19.4%)	111名	16名(14.4%)

脳外科疾患  
自殺企図  
14才以下  
を除く

表4. 主な疾患と発生率

疾患名	入室人数	発生人数	発生率
弁置換等の心疾患術後	26名	12名	46%
急性心筋梗塞	15	11	73
食道Ca	12	4	33
重症筋無力症術後	4	1	25
高地肺水腫	7	1	14
多発外傷	15	2	13
火傷(自殺除く)	1	1	100
呼吸不全	6	2	33

[資料2]

○原○ゑ氏 経過要約表

⊕ホリゾン10mg×使用回数 ⊙ミオブロック2mg×使用回数  
 ⊕モルフィン5mg×(〃) ⊕アタラックスP 50mg×(〃)

入室月/日	8/30	31	9/1	2	3	4	5	6	7	8	9	
38	210											
37	180											
36	150											
35	120											
BP	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
P	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
R	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
T	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	
PaCO <sub>2</sub>	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	
PaO <sub>2</sub>	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
FiO <sub>2</sub>	0.4 10 0.5 0.4	0.3	0.4 0.3 抜0.5	0.4 0.5	0.4		0.7 0.5 0.4	0.4	10 0.4 0.3	0.5 0.3	0.5	
気管内挿管	マスク挿(コントロール)	(IMV)	マスク挿(コントロール)	(IMV)	(インスピロン)	(IMV)	(インスピロン)	(コントロール)	(IMV)	自抜	抜去	
A-line	右手										抜去	
V-line	左手	抜	右鎖IV弁								抜去	
胃チューブ										左頸	抜去	
尿管											抜去	
体温計	(腋窩)									直腸	(腋)	
吐下血g/日	1600+FFP 5本	760	350	205	136	216	260	ターム便中少量	術中に400	ターム便中×1回		
輸血ml/日	(11.1) (33.9)	(9.7) (28.4)	(8.7) (25.7)	(9.8) (20.4)	(8.9) (26.6)	(10.6) (31.3)	(12.3) (36.4)	×5回	(13.5) (39.7)	(13.8) (40.8)	13.1 38.8	
HB/g HCT%												
昭和57年												
8/30	12.20 入室直後は、意識清明、体動激しく抑制帯使用その後、出血性ショックにて血圧下降				9/2	10.45 呼吸状態悪化のため経鼻的に気管内チューブ挿管（その際意識清明なるも患者への説明の記載なし）				9/6	体動激しい。話しかけに耳をかそうとしない	
13.25	意識消失、心室細動となり心臓マッサージ施行、気管内チューブ挿管人工呼吸器を装着する。説明のゆとりなし				9/3	話しかけても無表情、清拭時、手で払いのける。気管吸引時、拒否するも呼吸状態悪化防止のためにやや強引に吸引する				9/7	看護婦が近づくと、にらみつけたり足でける。処置に対し拒否的である	
8/31	3.00 呼名反応あり起き上がろうとする。ファイテング頻回にて鎮静剤使用。状況説明するも、すぐ動きやすく、やむなく抑制帯使用				9/4	体動激しく抑制帯使用、胸がよくなればチューブは抜けると説明、後静かになるが気管吸引を拒否する				9/8	「呼吸苦しい？」にうなづく	
15.00	気管内チューブ抜去				9/5	体動激しい。抑制帯で動けないと怒り				9/9	1.40 呼吸状態悪化のため気管内チューブ挿管。その後次第に血圧、脈搏安定。呼吸状態改善	
17.30	「こんな所にいると死んでしまう」などうめき声をあげる					ベッド欄をけとばす				8.40	気管内チューブ抜去	
										15.15	退室	

- A. 看護婦の心構え
1. 看護婦自身の感情のコントロールを行う
  2. 常に患者を受け入れる態勢でいる
  3. 病室では私語を慎む
  4. 日頃から自分自身の健康管理を行う
  5. 患者との対話の時間を多く持ちできればベッドサイドに座る
  6. 患者のneedを常に念頭におき接する
- B. 救急患者に対するオリエンテーション
1. 意識のある患者に対しては、できるだけ早く、場所及び行われている治療、看護について説明する。
  2. 意識障害者の場合回復がみられた時点で速やかに説明を行う
- C. 予定入室患者に対するオリエンテーション
1. 入室前の訪問により患者を把握し、入室後の看護に役立てる
  2. 入室前の訪問により患者の不安、心配等をやわらげるよう努める  
(必要に応じICU内の写真を使用して説明を行う)
  3. できるだけ退室後訪問をし、ICUの感想を聞き今後の参考とする
- D. 患者の生活区域の整備
1. モニターその他諸ラインは必要最少限にする
  2. きき手が自由になるように点滴刺入部について考慮する
  3. モニター類、レスピレータ等装着物の説明をし、安静及び場合により抑制の必要性を説明すると同時に、動かしてよいところも説明する
  4. 身体に点滴等のチューブ類がまとわりつかないように整理する
  5. ベッド及びベッドサイドの清潔を常に心がけ、整理整頓をする
- E. 生活にリズムをつける
1. 患者にあった日課表を作成する  
(場合によっては患者に自主性を持たせ一緒に考え作成する)
  2. 昼夜の区別をつける
    - 1) 朝はブラインドを開け外の光を入れる
    - 2) 夜はベッド周囲をできるだけ暗くする
    - 3) 夜間の処置は医師の協力を得て22時までに終了させる
    - 4) 夜間は医療機器のモニター音を最小にする
  3. 状態の許す患者には気分転換に好みのラジオ、カセットテープを聞かせる
- F. 不安を持たせない
1. 勤務につく前に当日担当看護婦は自己紹介をする
  2. ムンテラ用紙(医師により患者及び家族に対する説明が記載されている)の利用により言動を統一する

3. 現在の状況を適宜説明をする
4. 急変時でも意識のある患者にはできる限り側につきそい言葉かけをする
5. やむなく看護婦がベッドサイドを離れる場合は受持医師の協力を得る
6. 救急患者の搬入時や他患者の急変時には該当以外の在室患者に対して必要に応じ説明を行う

#### G. プライバシーの保持

1. 不必要な身体の露出をさける
2. 適宜カーテンを利用する
3. 一人の時間をつくる
4. 排便時は一人にする

#### H. 検査、処置について

1. 検査、処置は充分に説明を行い患者が納得してから行うようにする
2. 検査、処置中は常に言葉かけをする
3. 手順よく短時間で行うようにする
4. 患者に苦痛を与えないよう適宜鎮静剤の使用をする

#### I. 面会について

1. 面会時間はきめてあるが状況により時間、回数を考慮する
2. なるべく家人と患者だけの時間をつくる
3. 家人の言動から患者が不安を感じないように配慮する
4. 家人がスキンシップを通し患者を励ますよう働きかける

〔資料4〕

症例2 ICU入室期間 昭和58年8月4日～8月16日

○木○丈氏 男性 54才 身長 170cm 体重 56kg

病名 交通事故による多発外傷（両側血胸，肋骨骨折R2～5 L2～9，両鎖骨骨折，胸椎圧迫骨折5～7，左肩甲骨骨折，左腓骨骨折）

既往歴 特になし

現病歴 8月3日22時頃，バイクにて走行中，軽四輪車と出会いがしらに衝突する。市内某病院に入院したが，血圧下降あり救急部へ紹介される。

8月4日

1.08 救急車にて搬入される。呼名で開眼するが，顔面蒼白，体動激しい，出血性ショックにて血圧低下，気管内チューブ挿管サーボレスピレーター装着，昇圧剤，輸血開始，左胸腔ドレーン挿入（挿入時375cc血液引ける）

1.50 血圧40代まで下がったが次第に回復。

8月5日

8.00 血圧は100以上となり循環動態はおちつくが，以後，経過要約表に示すごとく，肋骨骨折の為，レスピレーターよりのウイニングがスムーズに行かず，気管内チューブ挿管が12日間と長期に及んだ。

安静度は臥床安静，体位交換は軽度，ベッド挙上は45度までであった。

8月7日 不眠の訴えが多くなり，次第に眠剤使用が多くなるが，2時間程しか熟眠できない日が続いた。

8月13日 レスピレーターよりウイニング

8月15日 気管内チューブ抜去

8月16日 病棟へうつる。

〔資料4〕

○木○丈氏

経過要約表

⊕ホリゾン5mg×使用回数 ⊕オピスタン70mg×使用回数  
⊖コントミン20mg×(〃) ⊖ペンタジン30mg×(〃)

入室月/日	8/4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
BP X	160												
P	120												
R X	80												
T Δ	40												
PaCO <sub>2</sub> ■	20												
PaO <sub>2</sub> ○	0												
FiO <sub>2</sub>	room air	0.5	0.4(PEEP5)	0.4			0.5	0.4	(PEEP5)	0.5		0.4	0.6
気管内挿管	挿管(コントロール)						(IMV)	(インスピロン)	(コントロール)	(CPAP)	(インスピロン)		抜管
A-line	右手												抜去
B-line	左手												抜去
胸腔ドレーン	左右												抜去
胃チューブ													抜去
尿管													抜去
体温計	(腋窩)												抜去
EKG													抜去
症状	8/4 「やまはいつか？」と筆談	8/5 「会社の人に連絡してほしい」と筆談	8/6 気管内チューブを指さし「いつ抜けるか、一度だけ抜いて」と筆談	8/8 「眠れない、薬を」と筆談	8/10 頻回に鈴を鳴らす(看護婦を呼ぶ為渡してある鈴)	8/11 「2本して」と注射希望四肢動かし、おちつかない	8/12 「苦しい」と気管内チューブに手を持っていく	8/13 ようやくウイニングできる	8/15 9.15 気管内チューブ抜管	8/16 「眠れないけどイライラしてはいません。昨日まではつらかった」と話される			
原因と考えられるもの	病気に対する不安	仕事の事	気管内チューブが苦痛 気管内チューブの必要性が理解されていない	喀痰多く吸痰頻回のため	(レスピレーターよりウイニング中)ウイニングがスムーズにいかず呼吸苦等あり不安強い	眠剤連日使用の為、薬効がうすれ熟睡できなくなっている	呼吸状態悪くウイニングすすまない 自制力なくなっている						
看護	医師より「骨折は、たくさんあるが今の治療でよくなってきているので心配ない	ICUは家族以外原則として、面会許可をしていないが、特別に考慮し面会許可す	気管内チューブの必要性、肋骨骨折がたまり呼吸がしっかりできるようになれば、抜けると説明する	眠れるよう環境を整え眠剤使用、眠るよう話す	ウイニングを見あわせる。夜間はよく眠って明日またがんばりましょうと話し眠剤使用	注射を2回に分けて行なう 処置は早めに終了させ、消灯する	自己抜管の危険性があるので、気管内チューブの必要性を再度説明、患者が納得した上で両上肢を抑制、眠剤使用						
評価・考察	指でOKサインをだしたので、納得したと考える	会社の人に面会し安心した様子	うなずいているが、適宜説明の必要性がある	しばらくして入眠、薬剤使用と環境を整える必要性を感じる	ウイニングは無理して行なわず、状態をみながら行なう。状態によるが夜間は無理して行なわず、よく眠らせる	あまり熟睡できないようである 昼間眠っていることもあるので生活のリズムを変えるようにする	浅眠で無意識に抑制された手をうごかしたりしていたが、自己抜管なし	気管内チューブはやはり非常に苦痛をあたえる。そのため医療者側もできるだけはやくウイニングしようとし、失敗することがある。失敗しないようにすることが重要である					