

緩和医療における せん妄の基本

東北大学病院 緩和医療勉強会
症状マネジメントシリーズ 第3回

せん妄とは

せん妄は何らかの身体的あるいは環境的な負荷が加わったことで急性の脳機能障害が起こるために生じる精神症状群。軽度から中等度程度の**意識障害**を中核症状として、**注意**や**認知**の障害を伴う。

負荷⇒



脳機能障害

せん妄の診断基準 DSM-5

A. 注意の障害（すなわち、注意の方向づけ、集中、維持、転換する能力の低下）および意識の障害（環境に対する見当識の低下）。

B. その障害は短期間のうちに出現し（**通常数時間から数日**）、もととなる注意および意識水準からの変化を示し、さらに一日の経過中で重症度が変動する傾向がある。

せん妄の診断基準 DSM-5

C. さらに認知の障害を伴う（例：記憶欠損、失見当識、言語、視空間認知、知覚）。

D. 基準AおよびCに示す障害は、他の既存の、確定した、または進行中の神経認知障害ではうまく説明されないし、昏睡のような覚醒水準の著しい低下という状況下で起こるものではない。

せん妄の診断基準 DSM-5

E. 病歴、身体診察、臨床検査所見から、その障害が他の医学的疾患、物質中毒または離脱（すなわち乱用薬物や医薬品によるもの）、または毒物への暴露、または複数の病因による直接的な生理学的結果により引き起こされたという証拠がある。

せん妄の亜型 DSM-5 精神運動性で分類

せん妄の亜型	
過活動型せん妄 Hyperactive	その人の精神運動活動の水準は過活動であり、気分の不安定性、焦燥、および/または医療に対する協力の拒否を伴うかもしれない。
低活動型せん妄 Hypoactive	その人の精神運動活動の水準は低活動であり、昏迷に近いような不活発や嗜眠を伴うかもしれない。
混合型せん妄 Mixed motor	その人の注意および意識は障害されているが、精神運動活動の水準は正常である。また、活動水準が急速に変動する例も含む。

低活動型せん妄はあまり問題にならない？



せん妄全体と比較すると、低活動型せん妄は
そもそも診断されていないことが多い
死亡率がより高い
可逆的であることが少ない
転倒・転落もより多い

Christian Hosker, et al. Hypoactive delirium 2017

患者さん自身の苦痛は低活動型でも変わらない

せん妄の評価ツール

Single Question in Delirium(SQID)

“Do you feel that(patient’s) has been more confused lately?”

家族や友人に「〇〇さんは最近おかしいと感じますか？」と尋ねる。

感度 80% 特異度 71%

Sands et al. 2010

Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS)

7点以上で98%の感度、96%の特異度でせん妄の診断

Lawlor PG, et al. Cancer. 2000

他にも

The Confusion Assessment Method (CAM)

など多数の評価toolがある

せん妄と認知症の鑑別

	せん妄	認知症
発症様式	急性（数時間から数日）	潜在性（数か月から数年）
初発症状	注意集中困難、意識障害	近時記憶障害
経過と持続	動揺性	慢性進行性
覚醒水準	動揺する	正常
思考内容	豊富・無秩序	貧困・不毛

せん妄でもLewy小体型認知症でも幻視を認めることが多いが、
後者では抗精神病薬に過敏性があるため注意

せん妄とうつ病の鑑別

せん妄により特異的な特徴	せん妄とうつ病、両方にみられる特徴
経過の動揺性	感情の変化
急性発症	睡眠障害
意識変容	活動性低下
身体的要因の存在	無感情
失見当識	焦燥
思考のまとまりのなさ	情報処理速度の低下
理解力低下	記憶障害

Roisin O'Sullivan, et al. Delirium and depression: Inter-relationship and overlap in elderly people: Lancet Psychiatry. 2014 September ; vol.1 (4),p.303-311

せん妄の因子

準備因子（薪）



促進因子（油）



直接因子（ライター、火）



準備因子

(せん妄を引き起こしやすくする素因)

高齢、脳血管疾患や頭部外傷の既往

アルコール多飲歴、薬物乱用歴

認知症、重篤な身体疾患、せん妄の既往

中枢神経系の脆弱性を示唆する因子

これがあれば⇒せん妄ハイリスク



せん妄ハイリスク患者

準備因子自体は個体要因であり改善が難しい

せん妄ハイリスクと早期に認識することで

- ① **薬剤選択**の際に注意できる
 - ② 発症予防のための**ケア**を早期から提供できる
 - ③ 患者の言動の変化に注意して関わることができる
- せん妄を**早期発見**できる⇒せん妄の重症度低下

促進因子

- ①身体症状：便秘、尿閉、疼痛、脱水、視力障害、
聴力障害、拘束、長期臥床
- ②心理社会的ストレス：不安、抑うつ
- ③環境変化：入院、ICU入室、明るさ、騒音
- ④不快な感覚刺激：暑い、眩しい、点滴のライン

せん妄の促進因子がないかスクリーニングして、
可能な限り因子を排除する

直接因子　せん妄そのものの原因
身体疾患の悪化、進行

薬剤：オピオイド、ベンゾジアゼピン系、ステロイド、
抗コリン薬、H2ブロッカー、癌薬物療法

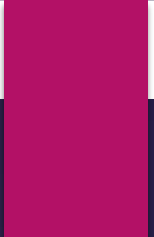
脱水

電解質異常：**低Na血症、高Ca血症**

呼吸器感染症や肺癌による低酸素脳症

呼吸器以外の**感染症**

治療侵襲：手術、放射線治療



緩和ケア領域では不可逆的な終末期せん妄が多い

しかし、終末期であっても**約50%**のケースで介入により**改善可能**であったとする報告もある

Peter G.Lawlor, et al. Occurrence, Causes, and outcome of delirium in patients with advanced cancer: A prospective study. Arch Intern Med. 2000, vol. 160, p. 786-794.

終末期であっても簡単に諦めないで、可逆的な因子を検索することは大切

せん妄への対処

原則：原因治療が可能なときは治療する

例えば、

感染症なら抗生剤や抗ウイルス薬で治療する

オピオイドが原因なら減量かスイッチ

モルヒネ⇒オキシコドン

モルヒネ⇒フェンタニルなど

せん妄を惹起しやすいオピオイド

モルヒネ＞オキシコドン＞フェンタニル

せん妄への対処

原因治療が不可能なとき

本人と家族の価値観を聞きながらケースバイケース
で目標を考える
不穏な状態を見ているのが辛くて休んで欲しいという
家族もいるが、なるべく起きていて欲しいという
家族もいる

非薬物療法と薬物療法

近年、非薬物療法のエビデンスは強い

Tammy T. Hsieh, et al. Effectiveness of multicomponent nonpharmacological delirium interventions: A meta-analysis. JAMA Internal Medicine 2015

近年、薬物療法のエビデンスは論争的

Meera R. Agar, et al. Efficacy of Oral Risperidone, Haloperidol, or Placebo for Symptoms of Delirium Among Patients in Palliative Care: A Randomized Clinical Trial. JAMA Internal Medicine 2017

非薬物療法



本人が安心して穏やかに過ごせるような**環境調整**
好きな音楽、写真、ぬいぐるみ、等々
自宅のように病室を使う or 在宅療養

家族等、本人にとって親しい人が付き添うことで
安心して過ごせることが多い⇒**付き添い**の勧め
医療安全上も付き添い人がいることで危険行動を
事前に察知できることが多い

非薬物療法

家族ケア

せん妄の体験は家族にとっても辛いもの
家族に対して、せん妄とはどういうものか、その原因
や予想される経過、対処法について説明する

例：

せん妄は癌が進行した方の80%以上で起こる
つじつまの合わないお話があっても、無理に正そうと
しない方が本人は安心できることが多いこと



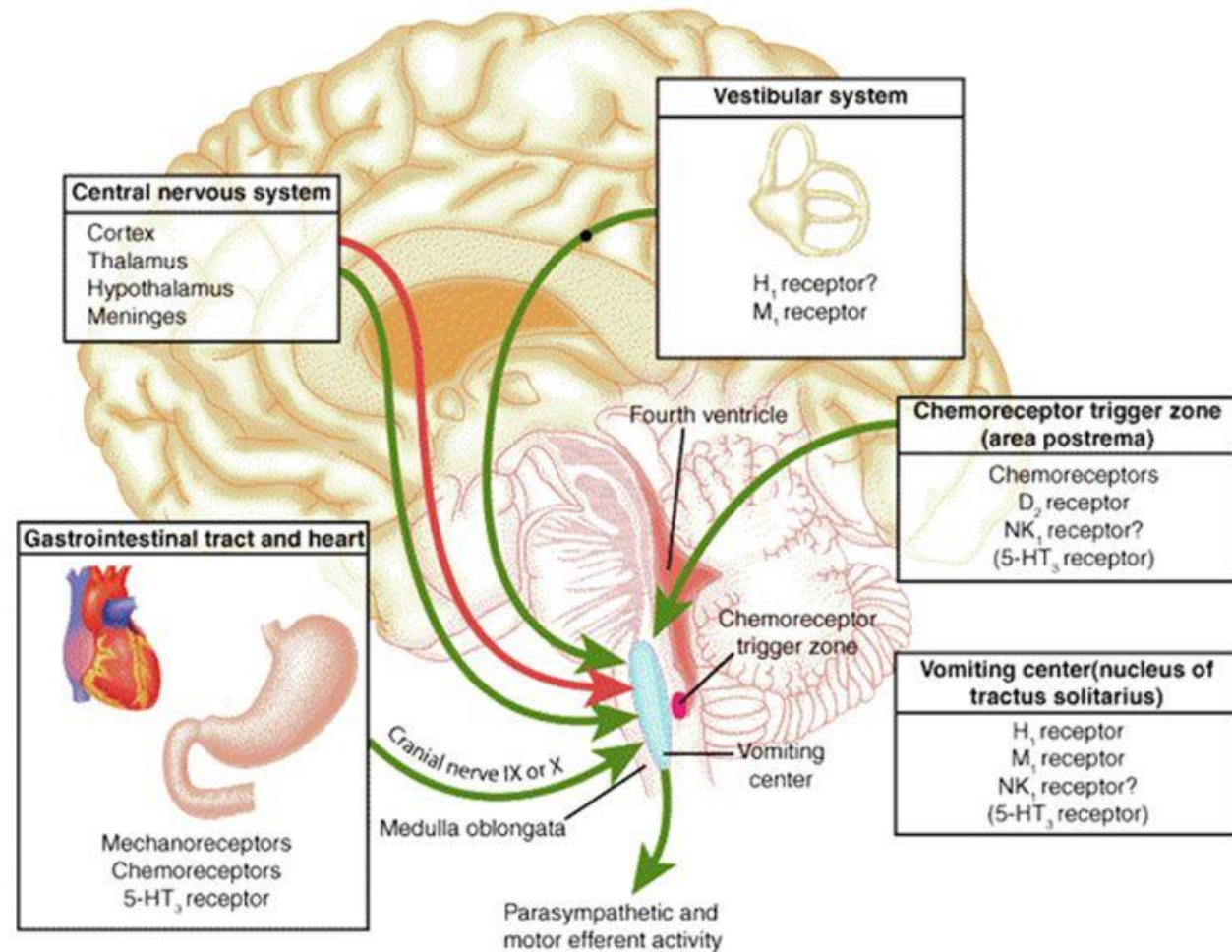
薬物療法

少量の非定型抗精神病薬を使用することが多い
抗精神病薬は大量に使用すると不整脈を励起する
リスクがある

悪性症候群のリスクもあるため、発熱や筋強剛を
疑うときは採血を行いCKや白血球の増加がない
か確認し、診断と治療が遅れないように注意する

抗精神病薬は 制吐作用が強い

Antiemetic drugs



Source: Katzung BG, Masters SB, Trevor AJ: *Basic & Clinical Pharmacology*, 11th Edition: <http://www.accessmedicine.com>
Copyright © The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved.

RASS score (Richmond agitation-sedation scale)

スコア	用語	記述
+4 +3	闘争的 強い不穏	明らかに闘争的か暴力的。スタッフへの危険が差し迫っている。チューブ類を引っ張ったり抜いたりする。またはスタッフに対して攻撃的な行動がみられる。
+2 +1	不穏 落ち着きがない	頻繁に目的のない行動がみられる。または人工呼吸器と同調が困難。不安、あるいは心配そうであるが、動きは攻撃的であったり、激しく動くわけではない。
0	意識清明で穏やか	
-1	傾眠	完全に清明ではないが、声に対し持続的に開眼し、アイコンタクトがある（10秒をこえる）。
-2	浅い鎮静	声に対し短時間開眼しアイコンタクトがある（10秒未満）。
-3	中等度鎮静	声に対してなんらかの動きがある（しかし、アイコンタクトがない）
-4	深い鎮静	声に対し動きはみられないが、身体刺激で動きがみられる。
-5	覚醒せず	声でも身体刺激でも反応はみられない。

緩和医療で頻用される抗精神病薬一覧

一般名 (代表的な商品名)	Tmax (時間)	半減期 (時間)	効果時間 (時間)	用法 (回/日)
クエチアピン (セロクエル®)	2.6	3.5	5-13	1
オランザピン (ジプレキサ®)	4.8	28.5	20-35	1
リスペリドン (リスパダール®) 主代謝物9-ヒドロキシリスペリドン	1 3	4 21	20-30	1-2
アリピプラゾール (エビリファイ®)	3.6	61	40-70	1
ハロペリドール 内服 (セレネース®) 静注	5.3-6	51-83 14	20-60	1-2 1

クエチアピン

作用時間短め

鎮静作用あり

昼夜のリズムを保つのに役立つ

糖尿病には禁忌

初回処方例

クエチアピン 12.5 mg 粉砕 夕食後 or 眠前

以後、12.5～100 mg程度で調整



オランザピン（ジブレキサ®）

制吐作用が強い

鎮静作用（眠気）もある

糖尿病には禁忌

せん妄と悪心・嘔吐が両方あるときの選択肢

初回処方例

ジブレキサ 2.5 mg 夕食後

効果が弱ければ 5 mgへ増量

リスペリドン

制吐作用もある
糖尿病には慎重投与
液剤もある

処方例

リスペリドン 0.5 mg 夕食後 or 眠前
0.5～2.0 mgで調整

アリピプラゾール（エビリファイ®）

低活動型せん妄に良いこともある

過敏さが緩和されることもある

アカシジアに注意

眠気は比較的少ない

処方例

エビリファイ 3 mg 夕食後

ラメルテオン（ロゼレム®）

せん妄の発症率を下げる可能性あり
フルボキサミン（デプロメール®）と併用禁忌

処方例

ロゼレム 8 mg 就寝前

ハロペリドール（セレネース®）

錐体外路症状に注意

鎮静作用は強くない、制吐作用あり

点滴で使える⇒**過量に注意**、悪性症候群、不整脈
励起、痙攣の閾値を下げるためてんかんの既往や
脳転移のあるときは少量で

処方例

セレネース 2.5 mg+ 生食 100mL 点滴静注

症例 1 66歳 男性 膵臓癌 化学療法後

主訴：背部痛 NRS 8

モルヒネ注開始 ベースアップ 100 mg/day

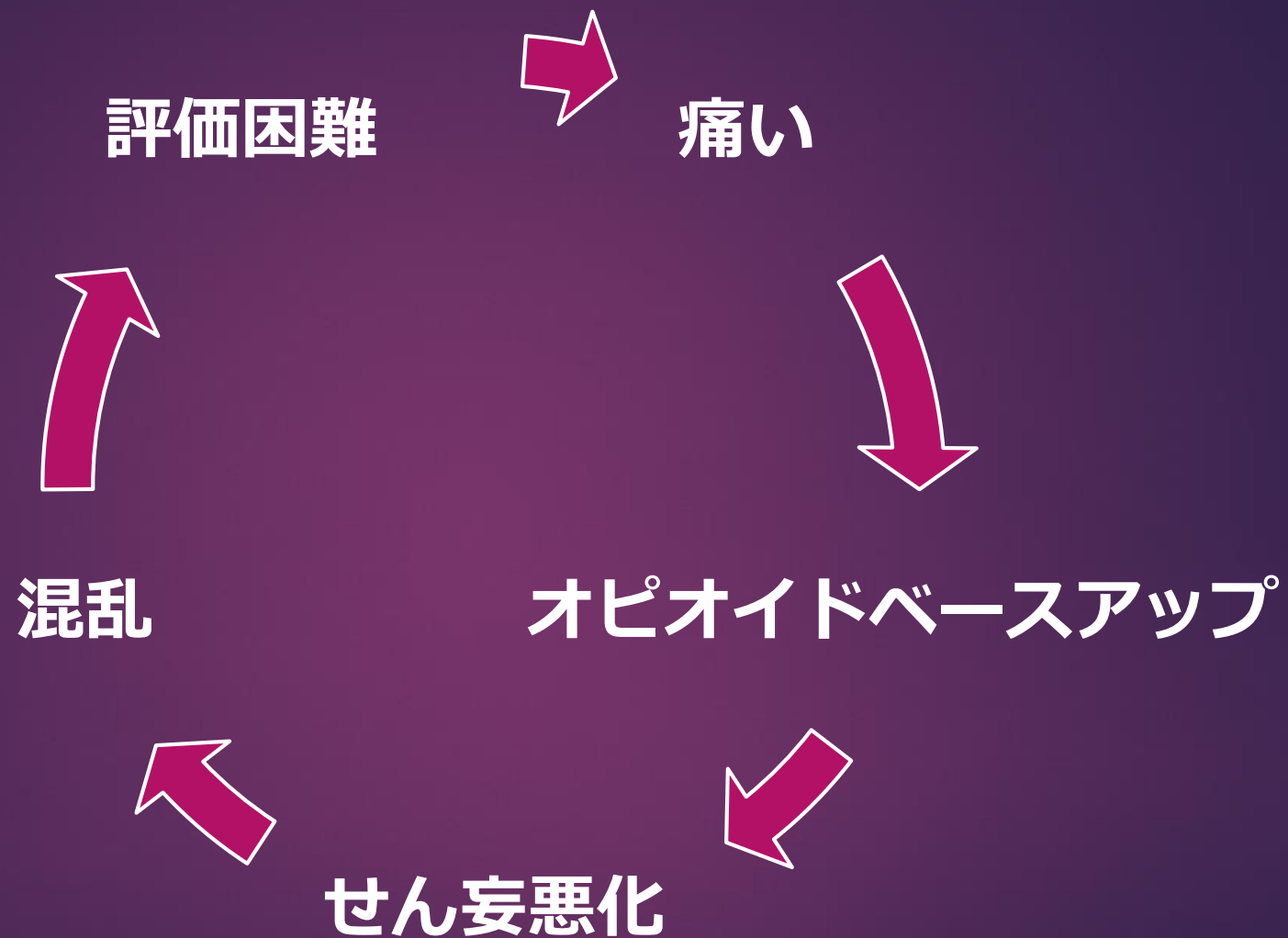
レスキュー使用頻回

夜間不眠 会話も合わないことがある



さらにベースアップ モルヒネ注 150 mg/day

疼痛？ そんな？ 追加したオピオイドがそんなを
悪化させていないか？



疼痛とせん妄の見極め

本当に痛いのか、せん妄なのか
このまま疼痛の治療を強めるか、せん妄に対する治療を優先するか

患者の表情や疼痛が生じるタイミング、部位、性状、画像所見との整合性、レスキューに対する反応性、家族や医療スタッフからの評価などを総合的に判断して対応する

症例 2 82歳 女性 非小細胞肺癌

主訴 混乱

3日前に中心静脈カテーテルを自己抜去

両上肢を抑制中

誤嚥性肺炎も疑われ絶食補液管理

BSCとなり緩和医療科病棟に入棟



症例 2 82歳 女性 非小細胞肺癌

せん妄あり、家族に付き添いを依頼
仕事の多忙さを理由に難色
長男様にせん妄に関する説明を行い
家政婦さんの付き添いを頼んでくれた
老眼鏡で視力補助、部屋を家庭のように、
点滴減量（睡眠時のみ、覚醒時はロック）
抑制なしで穏やかに過ごせるようになった！
食事も再開





ご清聴ありがとうございました。