

家庭医からER医まで

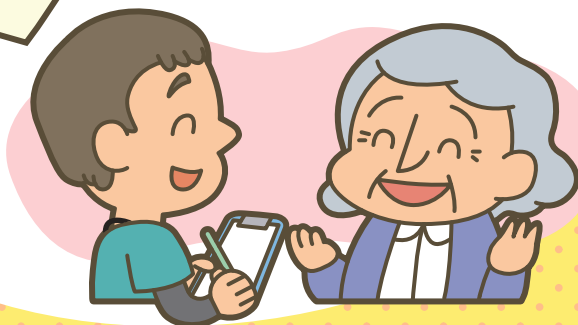
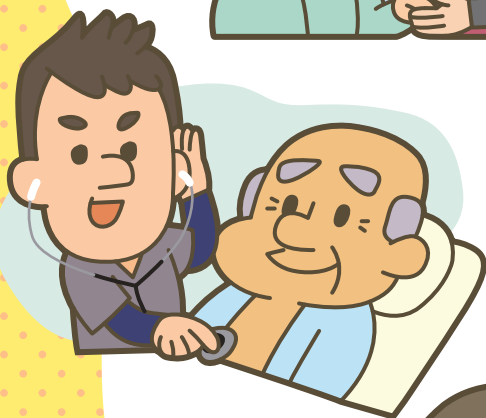
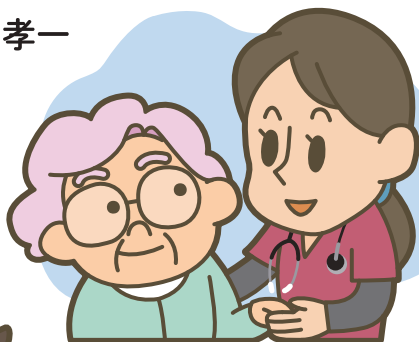
高齢者に寄り添う診療

神戸市立医療センター中央市民病院・救命救急センター

著 許 智栄

監修 有吉孝一

学ほう
Geriatric Mind



2-8

せん妄を制するものは……

「左を制するものは、世界を制す」とは、ボクシング界の格言である。左ジャブのような基本的な技を巧みに使いこなすものこそが、世界チャンピオンになれるという意味だ。小さなこと、基本が非常に大事なことは、どこの世界でも変わらない。高齢患者のマネジメントにおいて、最も重要な基本はと言われれば、私は、この“せん妄”を挙げる。この病態を理解し、うまくマネジメントできるかどうか、高齢者救急の真髄がある。ひよっとすると、せん妄なんてありふれているし、そんなこと簡単と思っている人もあるかもしれない。ありふれている、だからこそあまり注意が払われず、放置されてしまう。“高齢者だから仕方ない”というような、よく言えば寛容、悪く言えば諦めのようなことになってしまい、その対応を追求しないような雰囲気医療界全体に蔓延しているのでは？ せん妄は高齢患者の予後に非常に大きな影響を及ぼす病態であり、私たちが果たすべき役割は大きい。それが見過ごされているのである。「せん妄を制するものは、高齢者診療を制す」。基本に立ち返って、この病態を考えてみよう。

せん妄は入院診療のことでしょ？

せん妄は入院中の問題だから関係ない！ と思われる方もいるかもしれない。しかし、これは大間違いで、ER での対応がせん妄を助長させている現状をまず認識しなければならない。

前にも触れたが、カナダの4つのERで、65歳以上でこれまで機能依存がなく、来院時にせん妄状態でない患者を対象に検討したところ、8時間以上の滞在で約12%にせん妄が新たに認められたという結果が得られた¹⁾。日本でこれほどER滞在時間が長くなることはまずないだろうが、少なくともERでの経験が患者のせん妄発症に無関係とは言い切れないことが証明された。ただ、話はそれだけではない。患者に悪影響を与えてしまっているかもしれないのだ。

同研究では、せん妄を発症した群で優位に在院日数が延びていることも確認された。これまで、せん妄が患者予後に影響を与えることは何度も警鐘されている。2010年に発表された患者約3,000名を対象にしたメタアナリシスでは、約2年間のフォローで死亡のリスクが増え（ORs 2.0, 95% CI 1.5-2.5）、併せて施設入所や認知症の発症が増加することが確認され、せん妄が退院後の予後に悪影響を及ぼしていることは明確である^{2,4)}。**私たちの対応いかにによって、せん妄を発症させるかもしれない、それが患者の予後を悪化させるということであれば、何も考えずに“せん妄!? 高齢者やからね”なんてことでやり過ごすことが許されるわけではない。**

まずは、しっかり診断しよう！

どうやって対応するのがよいのか？ まずは、しっかりと診断・認識することが重要だ。というのも、ERで見過ごされた場合、入院後も見過ごされたままであるケースが多いことがわかっており、ゲートキーパーである私たちがまず、問題を見つけ、それを受け継ぐチームに伝えるだけでも、予後改善が期待できる。

では、どう診断するか？ 診断ツールは様々に検討されている。最も信頼の高いツールは“Confusion Assessment Method (CAM)”で、せん妄の定義に沿った診断手法を取っていることがその一番の特徴である^{4,5)}。ただ、時間がかかる。そのため多忙なER現場では使用が難しいことから、短時間で行えるツールがいくつか開発されている（表1）。

ここで紹介しているものも一部に過ぎず、多くのものがあるが、大事なはそのツールの使用環境で、ERの現場で検討されているものは限られる。表1で言えば、CAM-ICUとB-CAMで、どちらもCAMをベースにした方法だ。このうち、これまでよく検討されているのはCAM-ICUと言えるだろう。ただ、これをそのままERに導入すれば時間がかかる。B-CAMはその点優れており、スクリーニングをまずかけて、必要に応じて評価を行う2ステップ方式をとった⁶⁾。ただ、残念ながらB-CAMで使用されている注意の評価方法が日本語ではなかなか適応できないため、ここではB-CAMで使用されたスクリーニング方法に日本語でも使用が耐えうることを検証さ

れている CAM-ICU を合わせる方法を図にまとめる。“Delirium Triage Screening (DTS)” は簡便で、30 秒程度で終わるもの。ER で意識レベルを評価するのはバイタルサインの 1 つで当たり前なので、1 つ質問を付け加えて注意を評価するだけ。これで問題がある場合のみだけ、CAM-ICU で評価するスタイルだ。これなら認知症患者でも活用できるだろう。現段階では、この組み合わせのエビデンスはないが、これまでの研究から十分に活用できることは疑いない。誰かが日本でスタディーをして、その正確性を確かめてもらえると本当にありがたい。ちなみに“RASS”は“Richmond Agitation Sedation Scale”の略で、鎮静レベルを-5から+4までの段階で評価するもので、0は意識レベルが正常であることを示す。

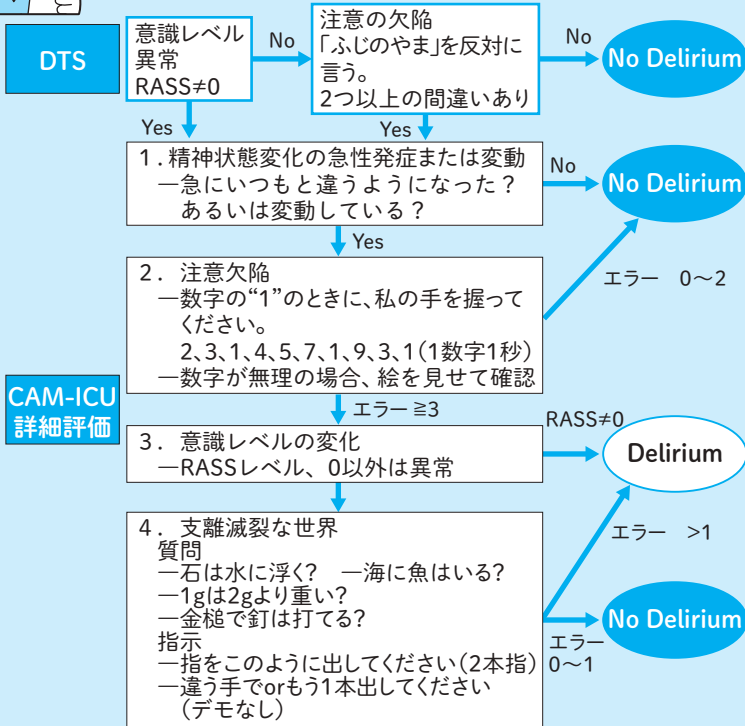
表 1 せん妄の評価、何を使うべきか？

CAM-ICU	ICU 向け 気管挿管患者でも対応可能	96ICU 患者 471 日 F/U 平均年齢：55.3 歳 せん妄：83% 診断基準：老年科・精神科評価	感度：93～100% 特異度：98～100% 認知症患者で検討 感度・特異度：100%
B-CAM	ER	406ER 患者 平均年齢：73.5 歳 せん妄：12% 診断基準：精神科評価	感度：78～82% 特異度：96～97% 認知症患者：検討なし
4AT	一般内科・外科	236 老年科・リハ入院患者 平均年齢：83.9 歳 せん妄：12% 診断基準：老年科評価	感度：90% 特異度：84% 認知症患者で検討 感度：94% 特異度：65%
3D-CAM	一般内科・外科	201 急性期内科入院患者 平均年齢：84.5 歳 せん妄：21% 診断基準：エキスパート評価	感度：95% 特異度：94% 認知症患者で検討 感度：96% 特異度：86%

(Marcantonio ER. Delirium in hospitalized older adults. N Engl J Med 2017; 377: 1456-1466)



ERではせん妄をこう評価せよ！



すぐに薬に飛びつくなかれ

診断はできた。で、どうするか？ せん妄と聞けば、皆さん暴れまわっている、指示を聞いてくれない患者などを思い起こし、すぐに“薬剤による鎮静”ということにつながるかもしれないが、これはちょっと待った。これまで数多くの研究が、せん妄症状、あるいは予防の薬剤使用を検討してきたが、どの研究も副反応を乗り越えて、せん妄期間を短縮したり、症状を寛解するような効果を示していない。薬剤使用はあくまでセカンドラインの治療

方法なのだ^{4,5)}。

したがって、診断した場合にまず考えることは、非薬物的な治療介入方法である。せん妄の原因は1つとは限らず、複数にわたることがほとんどであり、その対応が多岐にわたる。目の前の患者にとって何が主な要因になっているのか？ を考え、その対応を多職種で検討していくことが大原則である。とはいっても、せん妄の原因やその対応を考える道筋は必要で、これには、過去の研究が大いに参考になる。非常に多くの研究が行われているため、最近のレビューを参考にしながら、ステップに分けて、対応方法をまとめてみたい。

Step1 : よくある原因で、見逃しているものはないか？ すぐ対応できるものは？

表2に示したように、“DELIRIUM”で検索する⁴⁾。特に多いとされる、脱水・電解質異常や感染症、低酸素および薬剤はすぐに押さえて対応したい。薬剤による影響は高齢者の受診原因になることが多く、必ず押さえておきたいポイントだ。日本で乱用されているベンゾジアゼピンや非ベンゾジアゼピン系の抗不安・睡眠薬は絶対にチェックし、原因としてよくあるアルコールおよび抗ヒスタミン剤と抗コリン剤は最低でもチェックしよう。

表2 すぐに改善できるものは？ DELIRIUMで検索せよ！

Drug	アルコールを含め、最近開始されたり、増やされた薬剤は原因ではないか？
Electrolyte/Endocrine	脱水はないか？ ナトリウム異常はないか？ 甲状腺機能は大丈夫？
Lack of Drug	アルコールや、眠剤、特にベンゾジアゼピン系の離脱はないか？ 痛みは十分に治療しているか？
Infection	感染症はせん妄を発症する。特に尿路・肺・皮膚感染はないか？
Reduced Sensory	聴覚・視覚障害はないか？ 補助ツールは使用しているか？
Intracranial	頭蓋内病変（感染・卒中など）は考えられるか？ 他に原因がない場合に検索したほうがよいか？
Urinary/Fecal	尿閉や便秘はないか？
Myocardial/Pulmonary	心臓疾患（心不全・不整脈・心筋梗塞など）や COPD、低酸素や CO ₂ の貯留はないか？

(Marcantonio ER. Delirium in hospitalized older adults. N Engl J Med 2017; 377: 1456-1466)

Step2：環境要因を検討せよ！

環境が高齢患者に与える影響は非常に大きい^{5,7,8)}。特に急病によって状態が悪いときに、その影響を受けやすいのかもしれない。入院中の診療にはとても大切なことだが、ERでも可能な範囲で、環境要因の改善を行うことが大切だ。最初にERでのせん妄発症を紹介したが、これらの介入は予防にも効果があることが期待され、日頃から高齢患者をマネージメントするときに注意を心がけてほしい点である。



環境要因

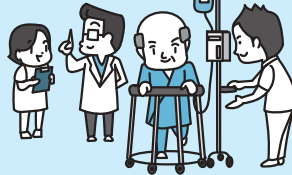
オリエンテーション



- ・カレンダーや時計の活用
- ・十分なライト
- ・見当識の再確認・スタッフの名前記載など
- ・家族と同室

動いてもらおう

点滴OFFで



- ・離床を促す
- ・リハビリとの協力
- ・不必要なライン類などは邪魔なので中止

睡眠



- ・入院中に大きな問題を避ける
- ・就寝時間の医療行為を避ける
- ・夜間は静かに
- ・睡眠障害を起こすような薬剤使用を避ける

(Oh ES, et al. Delirium in older persons: advances in diagnosis and treatment. JAMA 2017; 318: 1161-1174, Inouye SK, et al. A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. N Engl J Med 1999; 340: 669-676 および、Kalish VB, et al. Delirium in older persons: evaluation and management. Am Fam Physician 2014; 90: 150-158)

Step3 : どうしようもないときに、薬剤を考慮しよう

明確な効果を示すエビデンスがないこと、副反応が大きいことから、薬剤の使用は極力避けたい。幻覚妄想などが、声かけでどうも改善せず、過剰な興奮状態にまで至るようなときには、使用が必要となることがある。疼痛マネジメントのときにも述べたが、ここでも大原則は、“Start Low, Go Slow”だ。さらに、始めた瞬間から、いつ中止できるかを考え始めなければならぬ。常に、最短期間での薬剤使用に努めることが肝心である⁴⁾。



薬剤使用のポイント

薬剤使用の大原則

Start Low, Go Slow
As Short As Possible

薬剤	用量	鎮静効果	錐体外路症状 リスク
ハロペリドール	0.25~0.5 mg max 3 mg	低い	高い
リスペリドン	0.25~0.5 mg Max 3 mg	低い	高い
オランザピン	2.5~5 mg Max 20 mg	中等度	中等度
クエチアピン	12.5~25 mg Max 50 mg	高い	低い

(Marcantonio ER. Delirium in hospitalized older adults. N Engl J Med 2017; 377: 1456-1466)

◦ Geriatric ER Ground Rule ◦

せん妄を制するものは……

1. ER でもせん妄を発症・悪化させることがある！ 高齢患者のマネジメントには細心の注意をしよう。
2. 診断は、DTS でスクリーニングして、CAM-ICU を活用。最大の特徴は、注意と意識の障害があり、症状が変動することだ。
3. まずは非薬物治療から。可逆的な要因は DELIRIUM で対処せよ。
4. 環境要因はせん妄と切っても切り離せない。オリエンテーション・離床・睡眠を確保する。
5. 薬剤の使用は最終段階。少量から始めてゆっくり増量し、必要最小限にとどめること。

Reference & Suggested Reading

- 1) Emond M, et al. Incidence of delirium in the Canadian emergency department and its consequences on hospital length of stay: a prospective observational multicentre cohort study. *BMJ Open* 2018; 8: e018190.
- 2) Han JH, et al. Delirium in the emergency department: an independent predictor of death within 6 months. *Ann Emerg Med* 2010; 56: 244-252 e1.
- 3) Israni J, et al. Delirium as a predictor of mortality in US Medicare beneficiaries discharged from the emergency department: a national claims-level analysis up to 12 months. *BMJ Open* 2018; 8: e021258.
- 4) Marcantonio ER. Delirium in hospitalized older adults. *N Engl J Med* 2017; 377: 1456-1466.
- 5) Oh ES, et al. Delirium in older persons: advances in diagnosis and treatment. *JAMA* 2017; 318: 1161-1174.
- 6) Han JH, et al. Diagnosing delirium in older emergency department patients: validity and reliability of the delirium triage screen and the brief confusion assessment method. *Ann Emerg Med* 2013; 62: 457-465.
- 7) Inouye SK, et al. A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *N Engl J Med* 1999; 340: 669-676.
- 8) Kalish VB, et al. Delirium in older persons: evaluation and management. *Am Fam Physician* 2014; 90: 150-158.