

サイコオンコロジー

国立がんセンター中央病院精神腫瘍科

清水 研

サイコオンコロジー

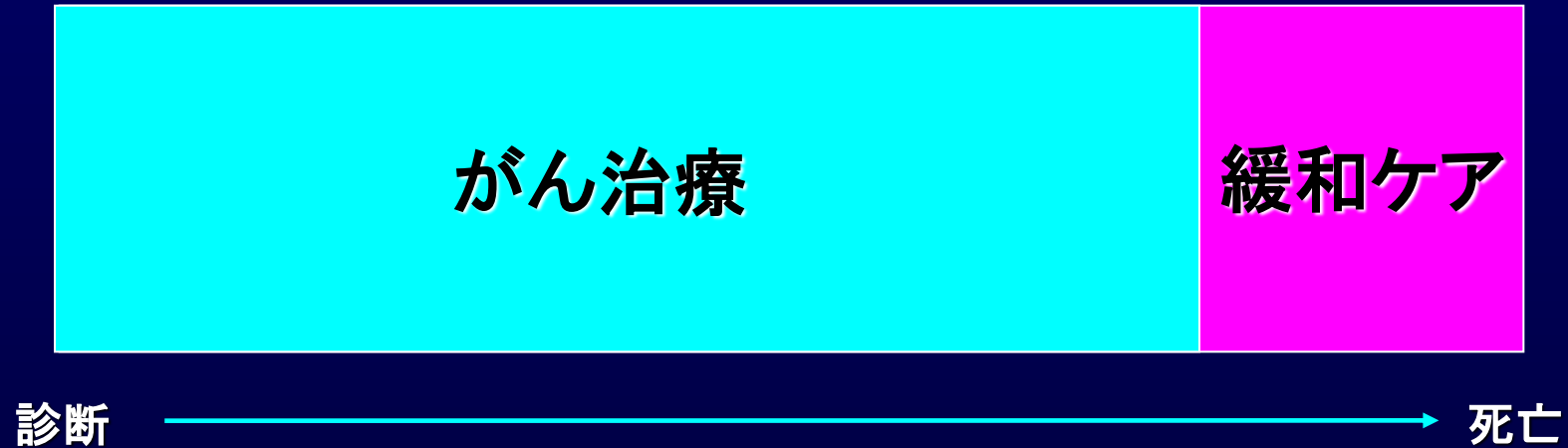
1. はじめに — 緩和医療とサイコオンコロジー
2. がん患者の抑うつ・不安とその対応
3. せん妄

がん対策基本計画の2本柱

- ・75歳未満がん死亡率の20%削減
- ・患者・家族の苦痛を軽減して生活の質を上げる
(こころのケアを含めた緩和ケア)

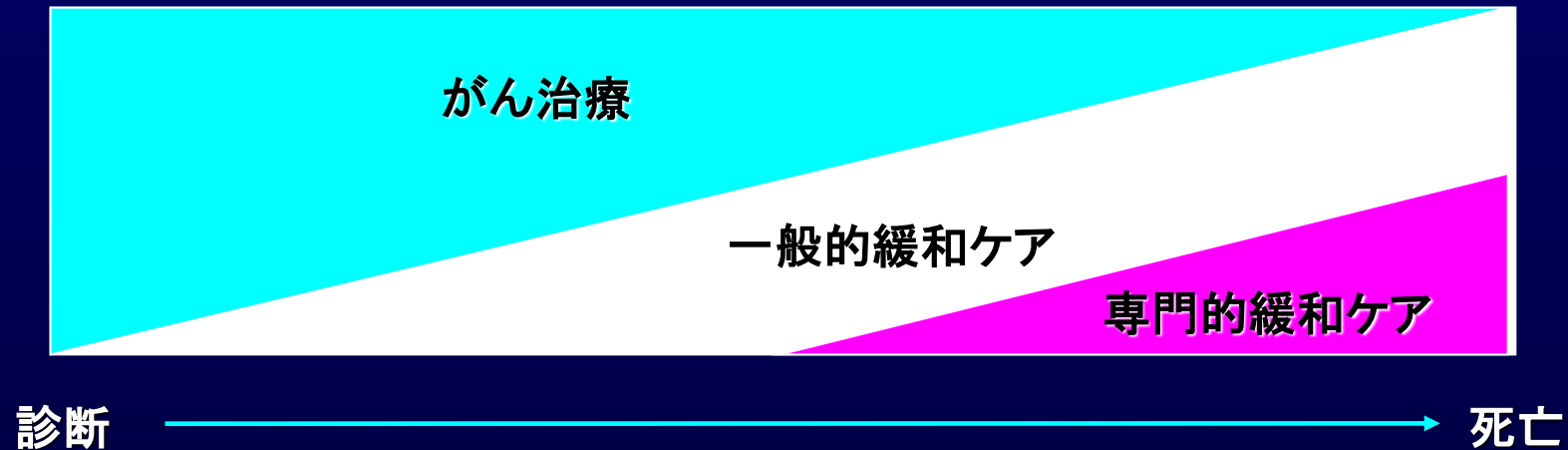
2007年6月閣議決定

過去の緩和ケアモデル



積極的抗がん治療が出来ない→緩和ケア

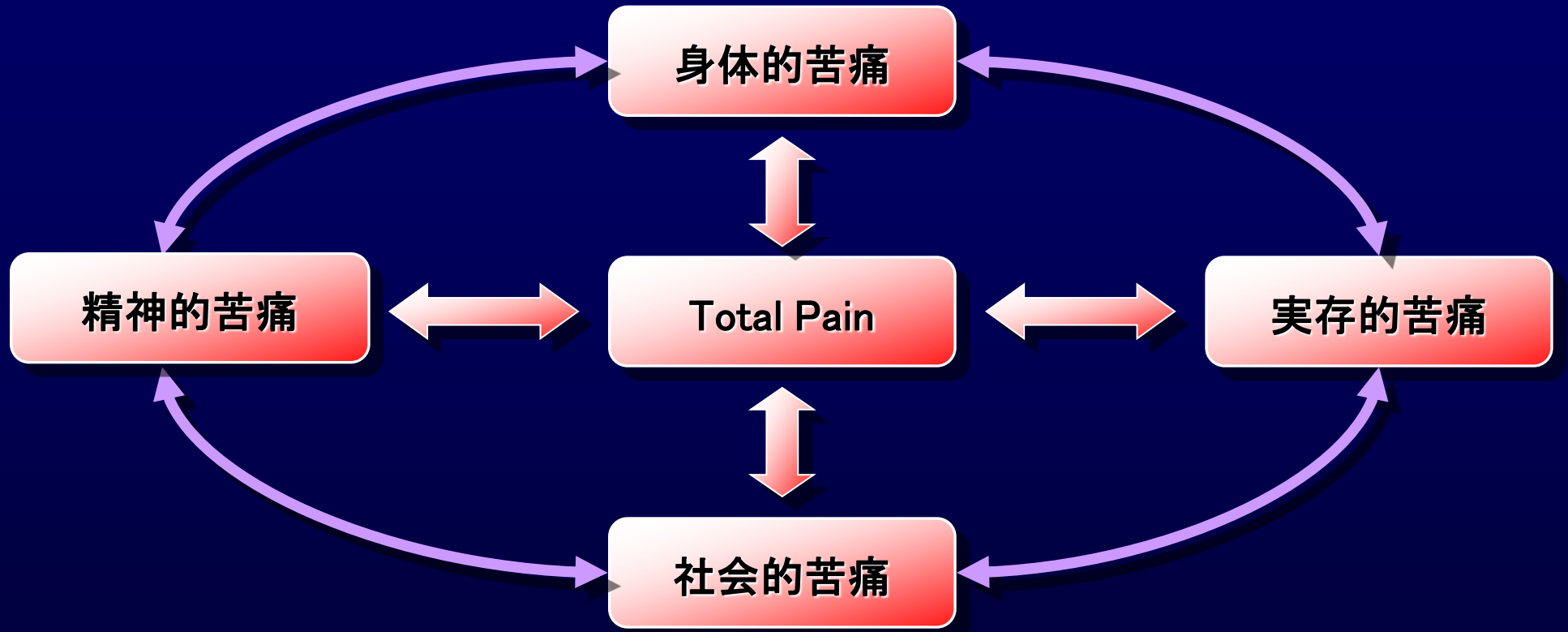
現在の緩和ケアモデル



がん患者の全経過を対象としており、疼痛などの苦痛となる症状を緩和し、患者のQOLを尊重する医学

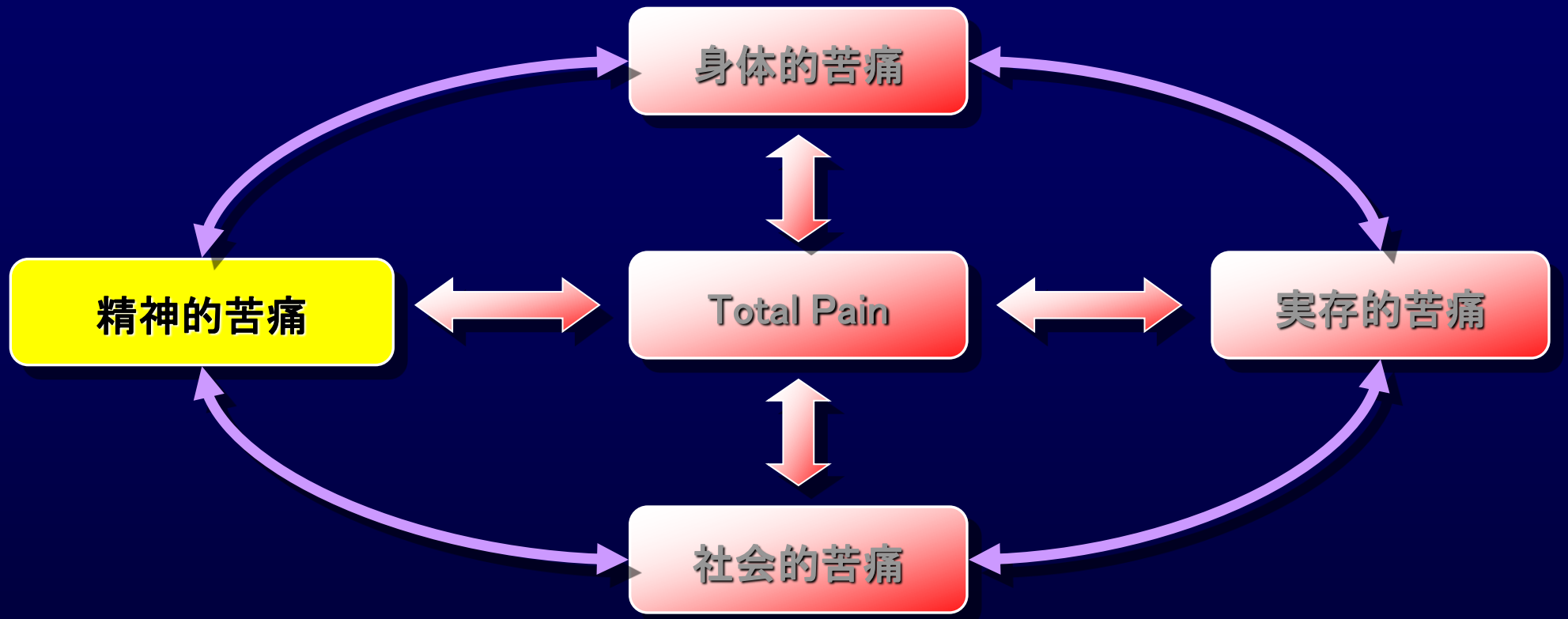
WHO

Total Pain (全人的苦痛)



苦痛は複合的であることが多く、全人的な苦痛の緩和が重要
少数の医療者だけでは解決は困難であり、多職種介入が重要

Total Pain (全人的苦痛)



がん患者に代表的なものは抑うつ
うつ病に至る様なケースは精神科医に相談！

緩和ケア診療加算-2008年4月より薬剤師がメンバーに参加

対象: 一般病棟入院中の悪性腫瘍あるいはHIV患者

緩和ケアチームの構成

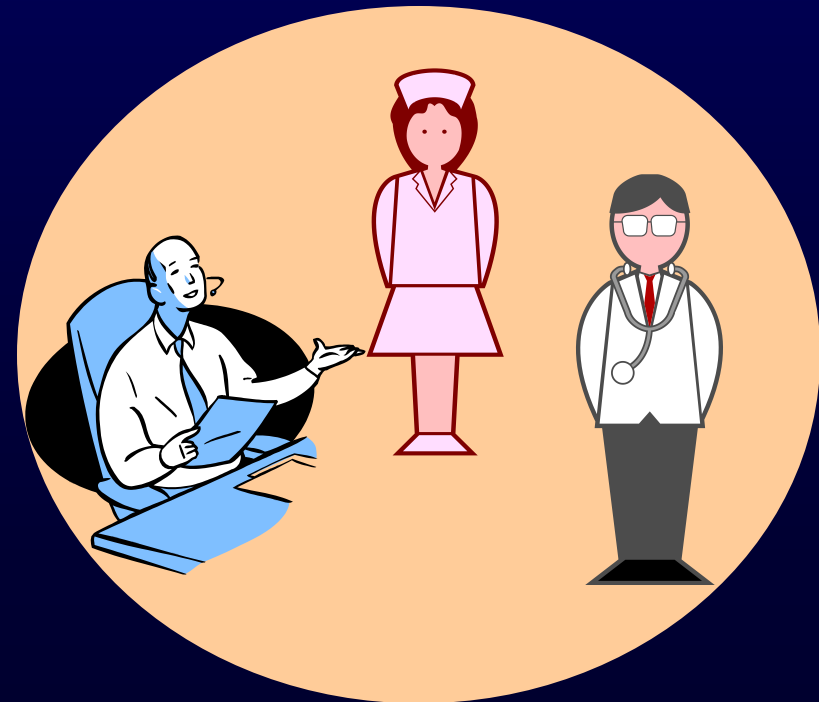
- ①身体症状緩和の担当医師
- ②精神症状緩和の担当医師
- ③緩和ケアの経験を有する看護師
- ④薬剤師 以上の4名からなるチーム

緩和対象となる症状

- ①疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体症状
- ②不安、抑うつ、せん妄等の精神症状

算定点数

- ・1日につき300点
- ・算定患者数は1つのチームにつき30人程度



多職種チーム

主治医

精神腫瘍医

緩和ケア医

患者・家族の苦痛

ソーシャル
ワーカー

薬剤師

看護師

精神腫瘍学 サイコオンコロジー

がんの心理・社会・行動学的側面を扱う医学

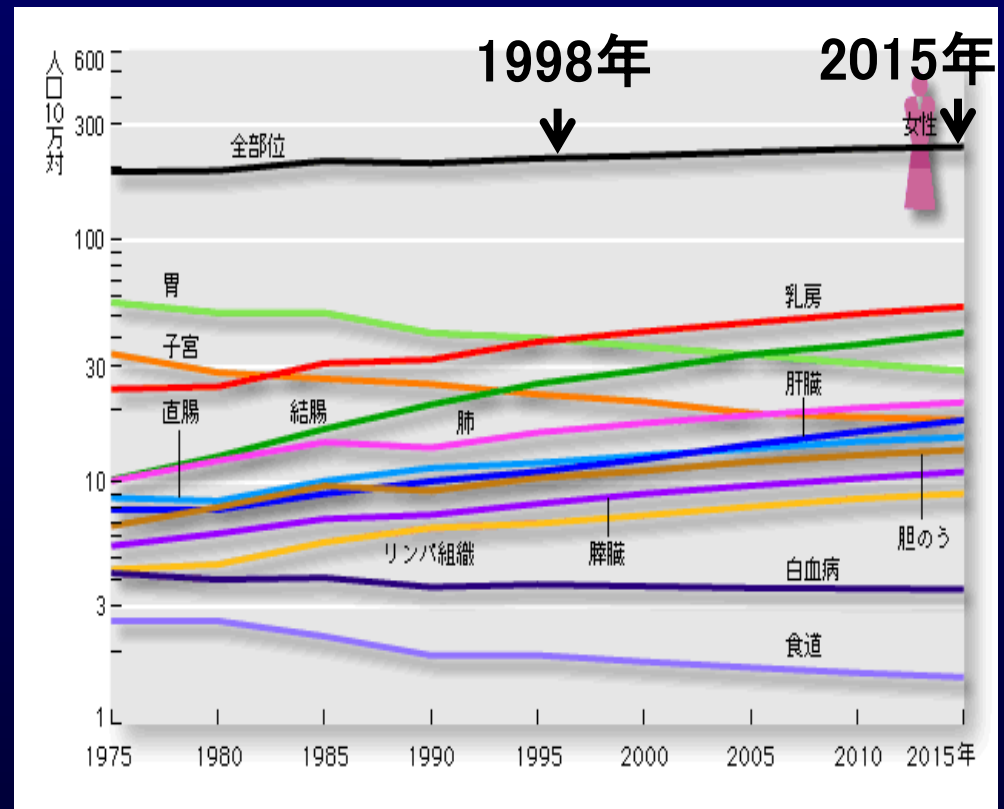
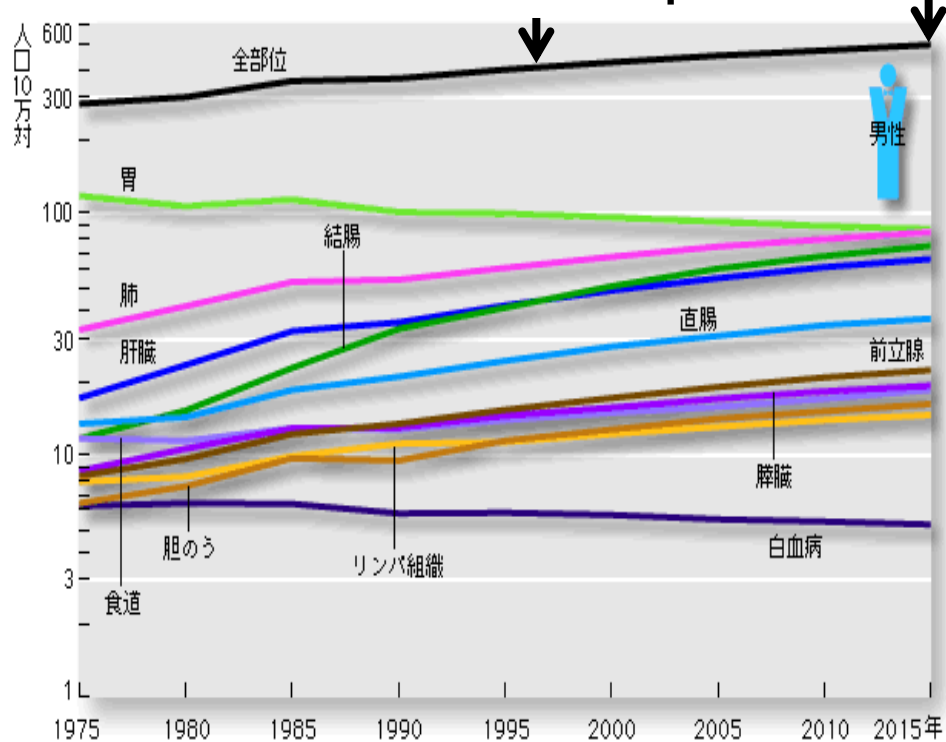
1. がんが心に与える影響 ----- QOL
2. 心や行動ががんに与える影響 ---- 罹患と生存

Handbook of Psychooncology
Holland & Rowland, 1989

2015年のがん罹患に関する推計

西暦2015年のわが国のがん罹患に関する推計

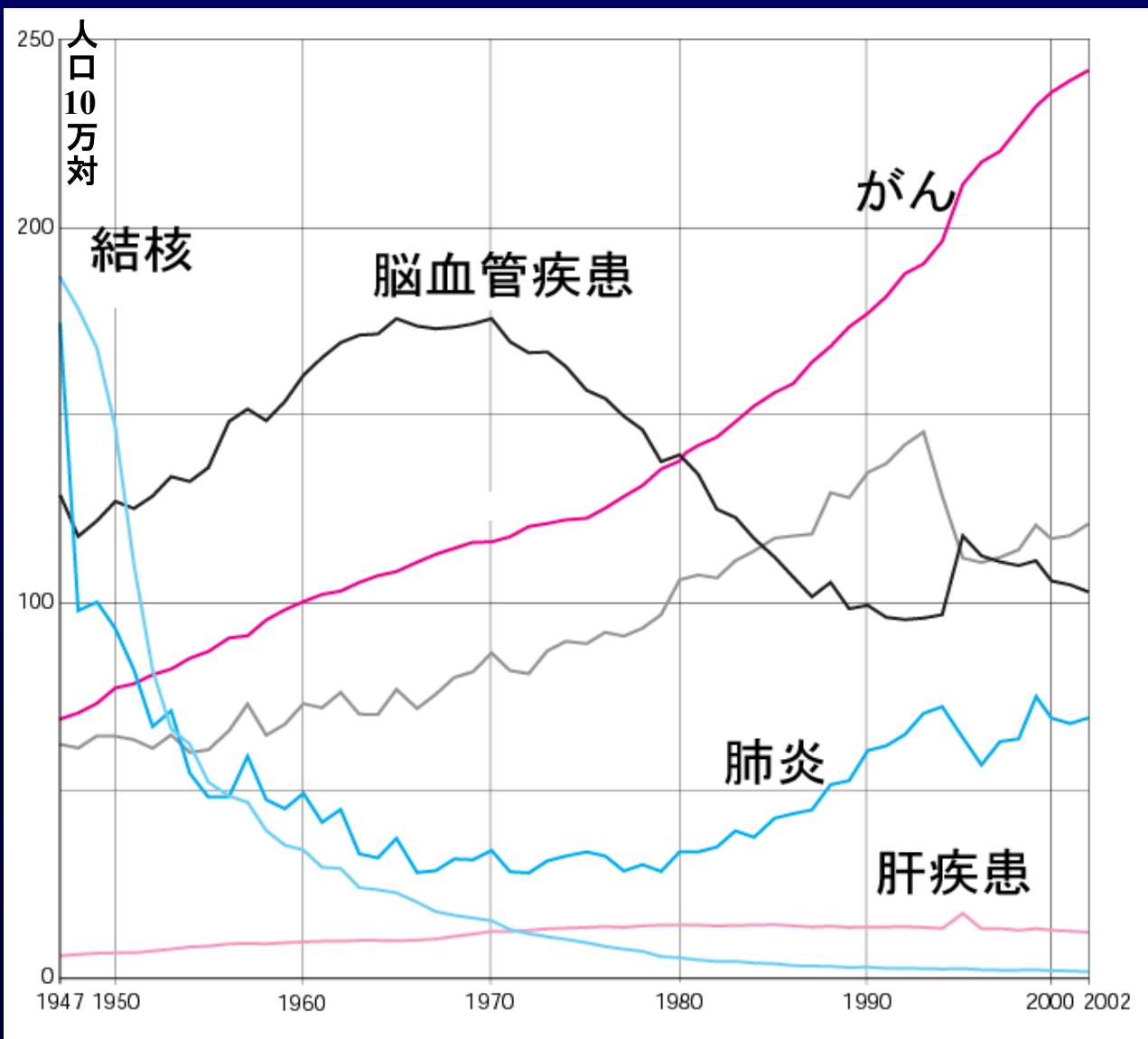
1. 2015年までの性別・部位別年齢調整罹患率の予測



富永祐民他(編) がん統計白書、1999

1998年には、年間約50万人が、がん罹患
2015年には、約89万人

わが国における疾患別死亡率の年次推移



・がんは1981年から死因の第一位

・現在では、毎年、約30万人が、がんで死亡

・総死亡の30%

サイコオンコロジー

1. はじめに — 緩和医療とサイコオンコロジー

2. がん患者の抑うつ・不安とその対応

通常反応

うつ病・適応障害の診断

薬物療法

精神療法

症例

スクリーニング

精神症状と予後

3. せん妄

がん患者の精神症状

-抑うつ・不安の定義-

- ・抑うつ: ゆうつ、悲しみ、苦しみなどが持続する感情喪失に伴っておきることが多い
- ・不安: 存在がおびやかされたときにおこる感情ふるえ、動悸など、不快な自律神経症状を伴う

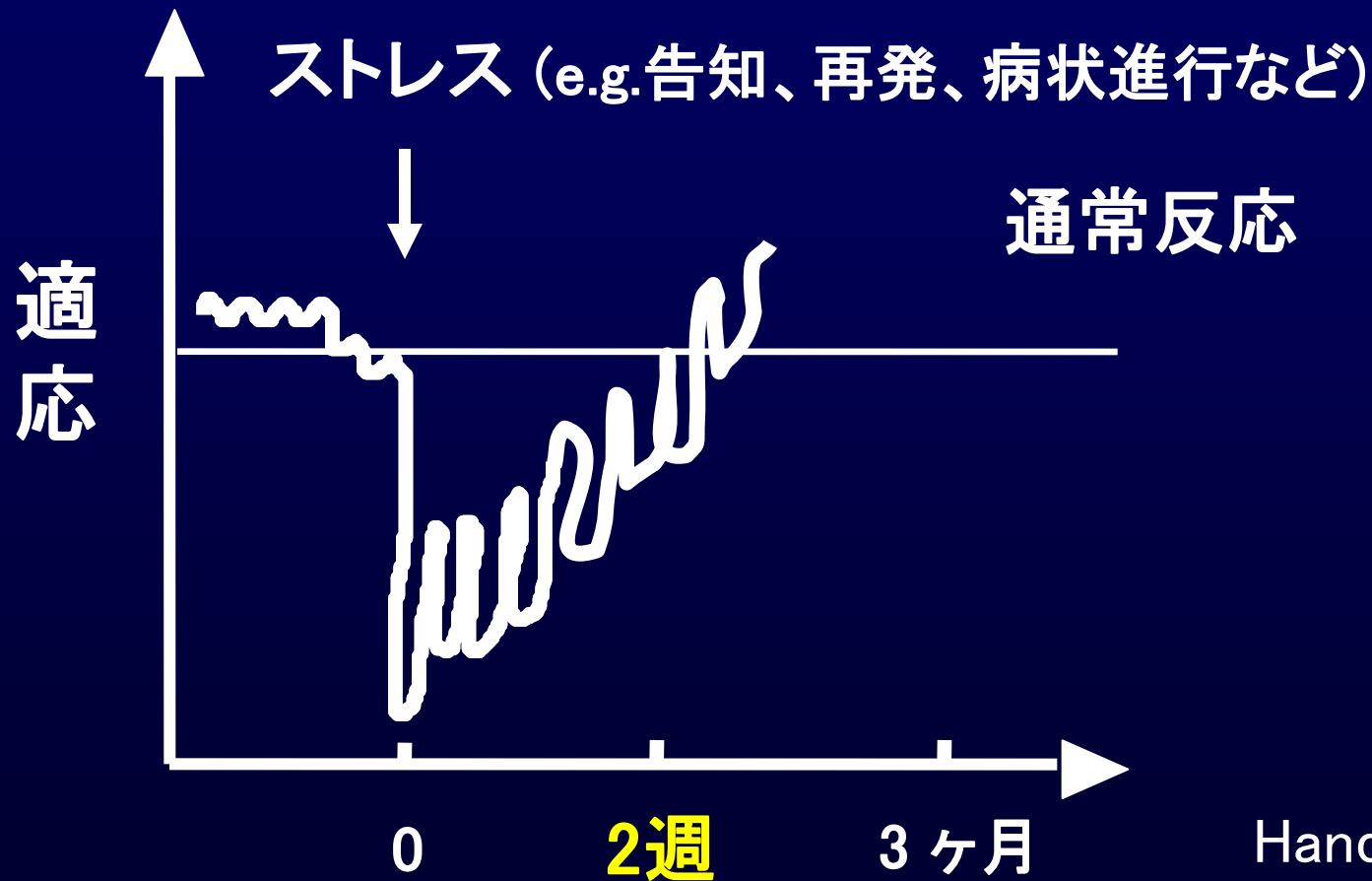
がんの臨床経過



精神的ケア 300万人

がん患者の心理的反応

-時間経過と適応-



Handbook of Psychooncology
Holland & Rowland, 1989

症例 60代 男性

診断 肺がん(Stage Ia)

生活史 電気メーカーを60歳で定年。奥さんと二人暮らし。元来前向きで明るい性格。

経過 検診で胸部異常陰影を指摘され、総合病院に紹介され、精査。某年某月、早期肺がんとの診断を告げられる。

症例 60代 男性

診断 肺がん(Stage Ia)

生活史 電気メーカーを60歳で定年。奥さんと二人暮らし。元来前向きで明るい性格。

経過 検診で胸部異常陰影を指摘され、総合病院に紹介され、精査。某年某月、早期肺がんとの診断を告げられる。

告知はご本人にとってまさに青天の霹靂であり、後から振り返っても、その日病院からどの様に家に帰ったのかも覚えていない。告知当日は食事に手がつかず、妻が声をかけても上の空といった様子。明け方まで目が冴えて眠れなかった。

サイコオンコロジー

1. はじめに — 緩和医療とサイコオンコロジー

2. **がん患者の抑うつ・不安とその対応**

通常反応

うつ病・適応障害の診断

薬物療法

精神療法

症例

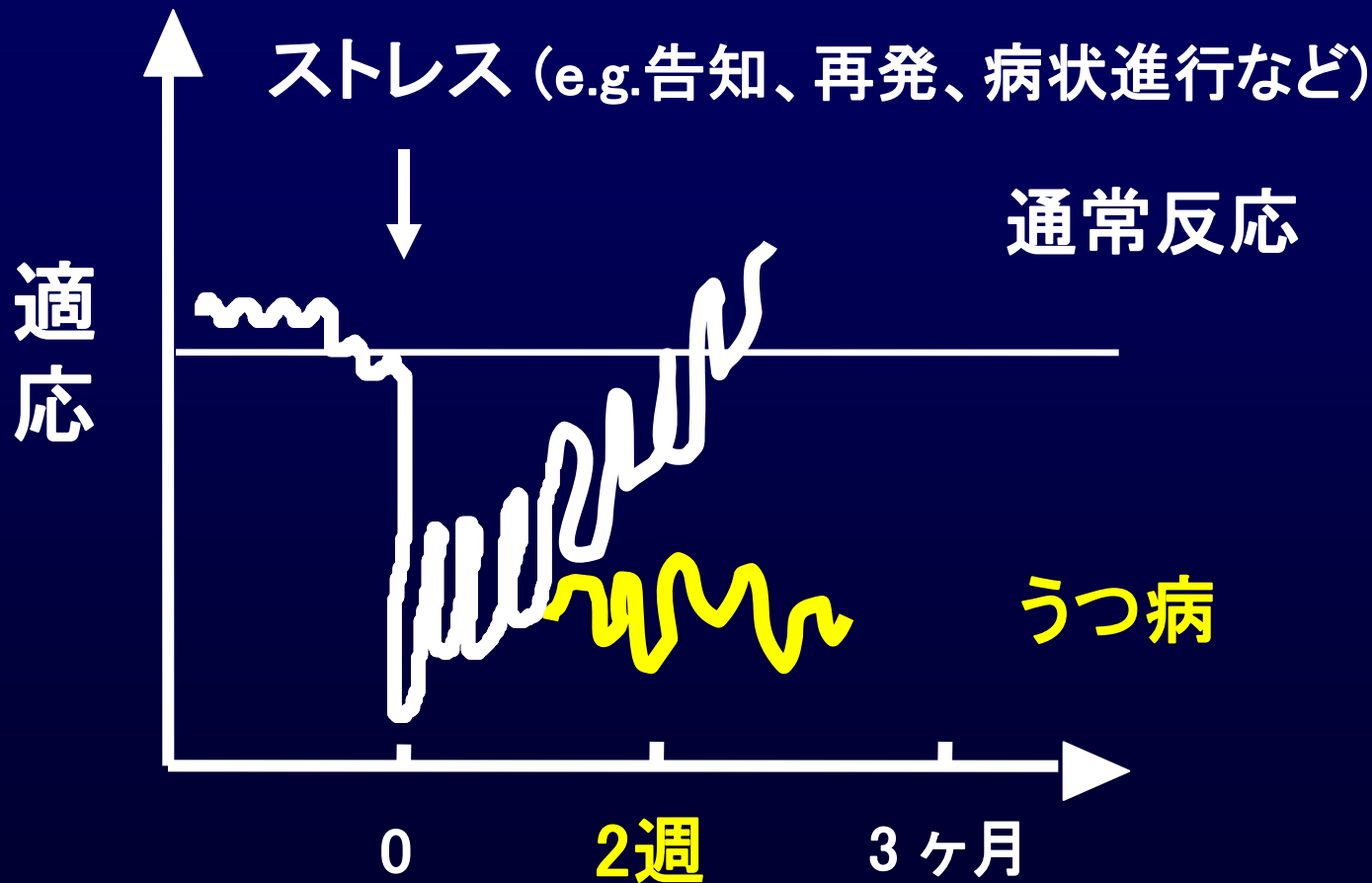
スクリーニング

精神症状と予後

3. せん妄

がん患者の心理的反応

-時間経過と適応-



うつ病エピソードの診断

- アメリカ精神医学会基準 -

抑うつ気分

睡眠障害

食欲低下

意欲・興味低下

思考・集中力低下

自責感

倦怠感

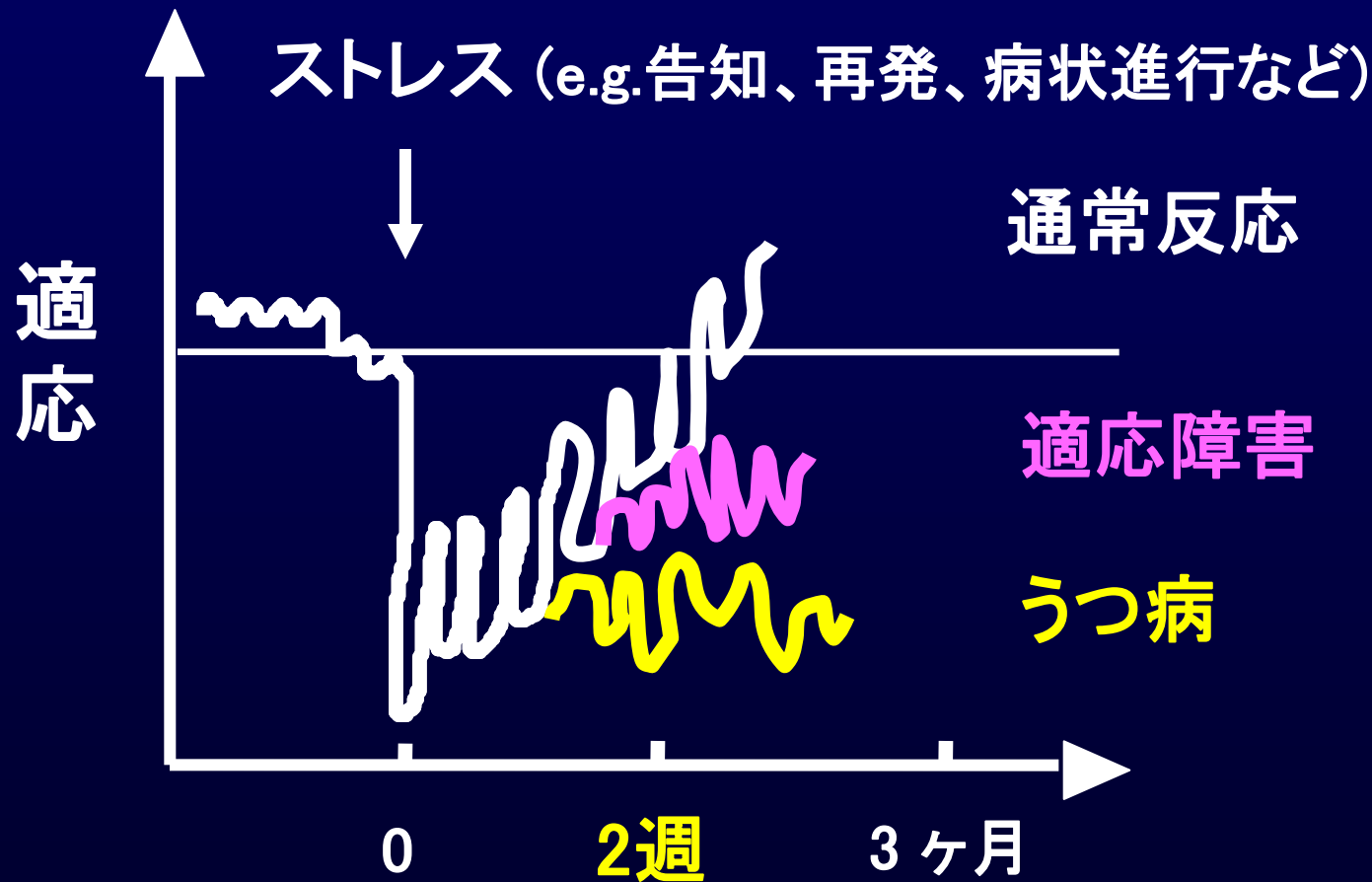
焦燥感
・制止

希死念慮

抑うつ気分、意欲・興味低下のいずれかを含む5症状が2週間持続→うつ病

がん患者の心理的反応

-時間経過と適応-



適応障害の診断

① ストレス因子に反応して情緒面または行動面の症状が出現

② 機能面の著しい障害

③ 他のI軸診断を除外

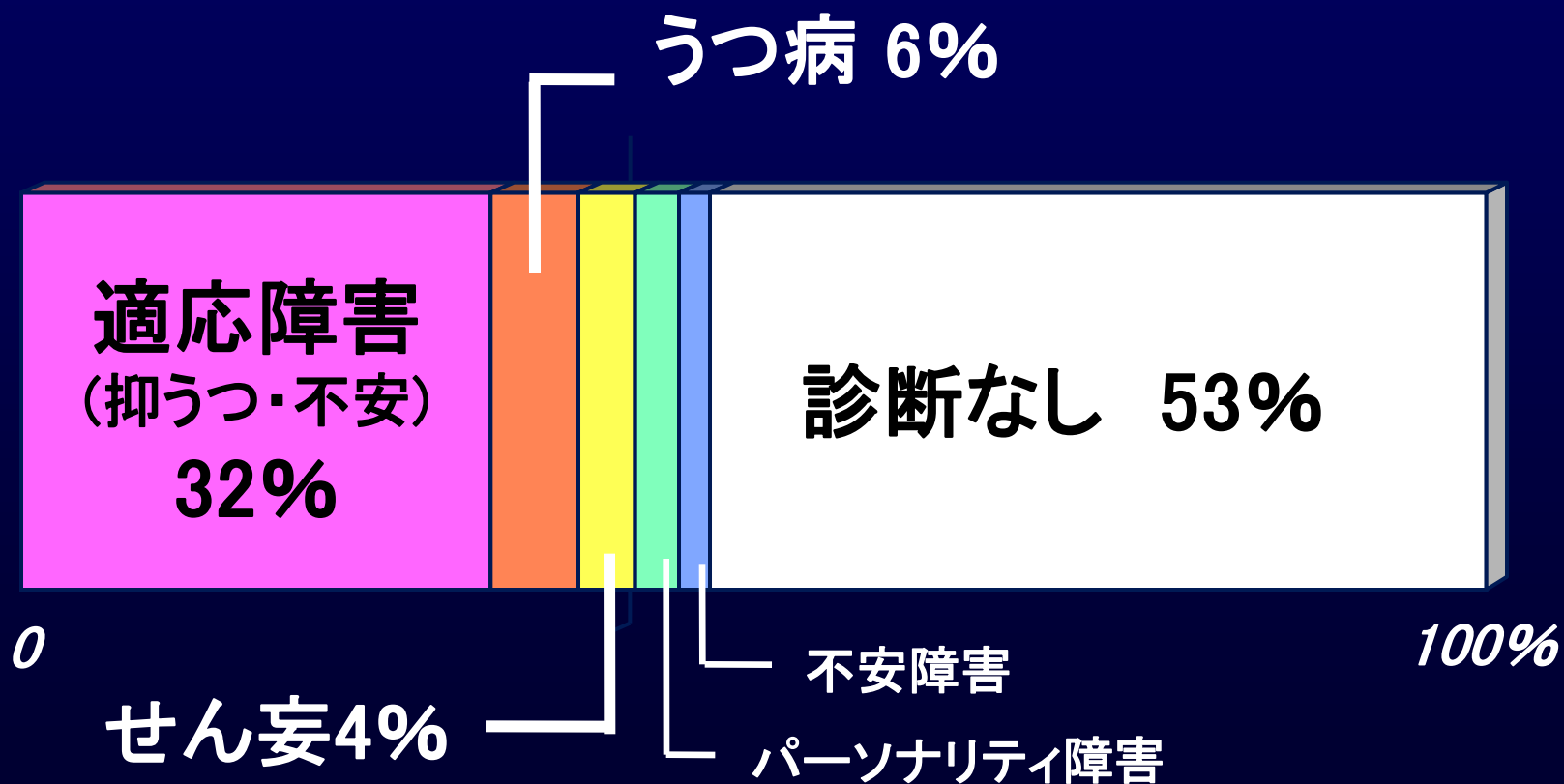
うつ病と通常反応の中間に位置する連続的な病態

強い不安症状はほとんど適応障害と診断される

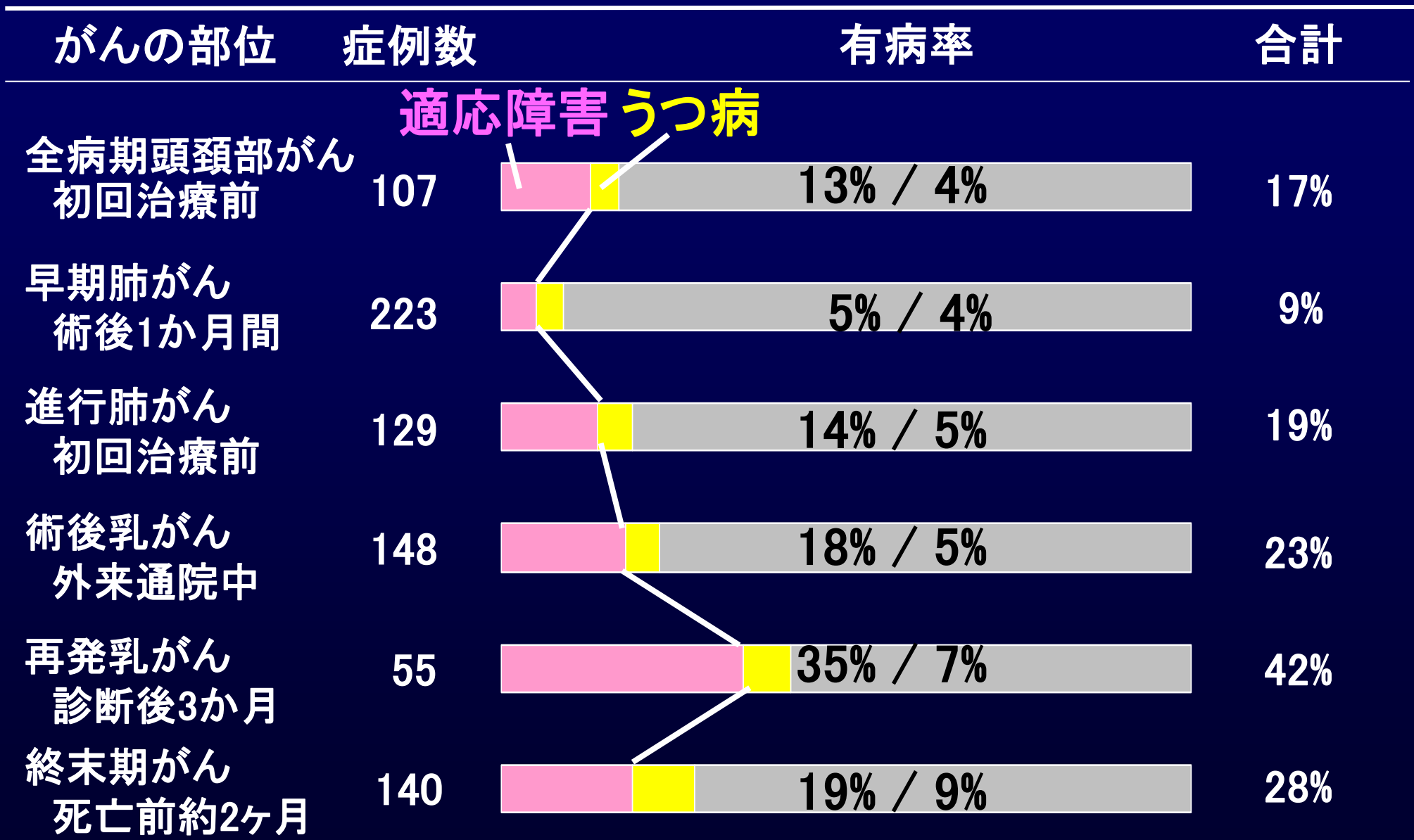
がん患者の精神症状 -全病期-

Derogatis et al., JAMA, 1983

対象：無作為抽出されたがん患者215名



適応障害、うつ病の有病率 -国立がんセンター-



抑うつ(適応障害、うつ病)がもたらす影響

- 自殺の最大の原因 Henriksson, J Affective Dis 1995
- QOLの全般的低下 Grassi, J Pain Symptom Manage 1996
- 家族の精神的負担増大 Cassileth, Cancer 1985
- 治療コンプライアンスの低下 Colleoni, Lancet 2000
- 入院期間の延長 Prieto. J Clin Oncol 2002
- 身体症状の増強 Lloyd-Williams 2004

がん患者の抑うつは様々な面に負の影響を来たす

サイコオンコロジー

1. はじめに — 緩和医療とサイコオンコロジー

2. **がん患者の抑うつ・不安とその対応**

通常反応

うつ病・適応障害の診断

薬物療法

精神療法

症例

スクリーニング

精神症状と予後

3. せん妄

がん患者のうつ病に対する無作為化比較試験 -ミアンセリン Vs プラセボ-

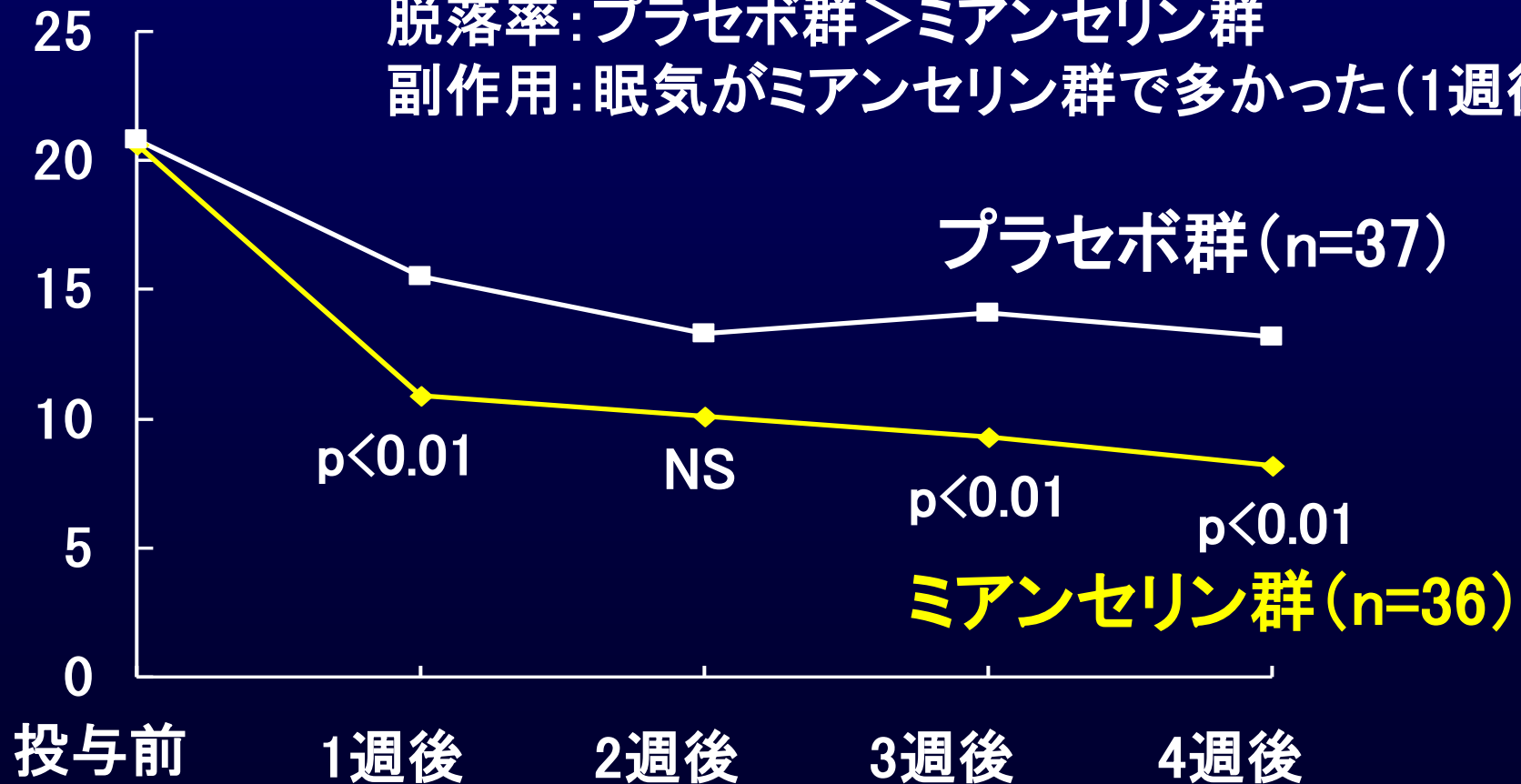
Costa, Acta Psychiatr Scand 1985

HDRS-17スコア

対象: 女性がん患者

脱落率: プラセボ群 > ミアンセリン群

副作用: 眠気がミアンセリン群で多かった(1週後のみ)

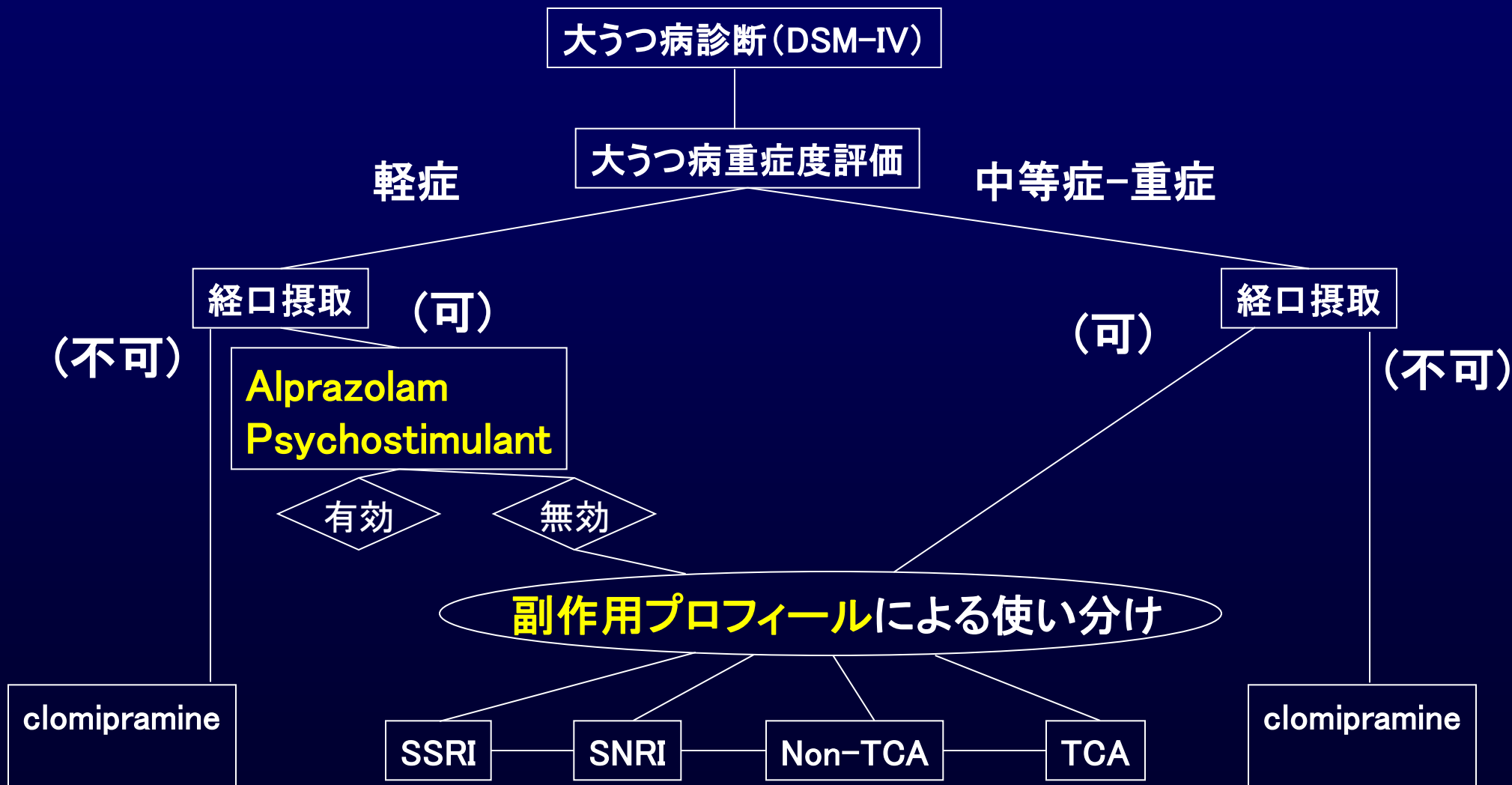


がん患者の抑うつに対する抗うつ薬のRCT

著者（年）	対象	薬剤	結果
Costa(1985)	乳がん患者	Mianserin vs Placebo	改善
Heeringen(1996)	乳がん患者	Mianserin vs Placebo	改善
Razavi (1996)	がん患者全般	Fluoxetine vs Placebo	N.S.
Fish(2003)	進行がん患者	Fluoxetine vs Placebo	改善
Holland(1998)	がん患者全般	Fluoxetine vs Desipramine	N.S.
Razavi(1999)	乳がん患者	Trazodone vs Clorazepate	N.S.

抗うつ薬は有効であり、薬剤間に効果の差は認めない

進行がん患者のうつ病に対する薬物治療 アルゴリズム-国立がんセンター



サイコオンコロジー

1. はじめに — 緩和医療とサイコオンコロジー

2. **がん患者の抑うつ・不安とその対応**

通常反応

うつ病・適応障害の診断

薬物療法

精神療法

症例

スクリーニング

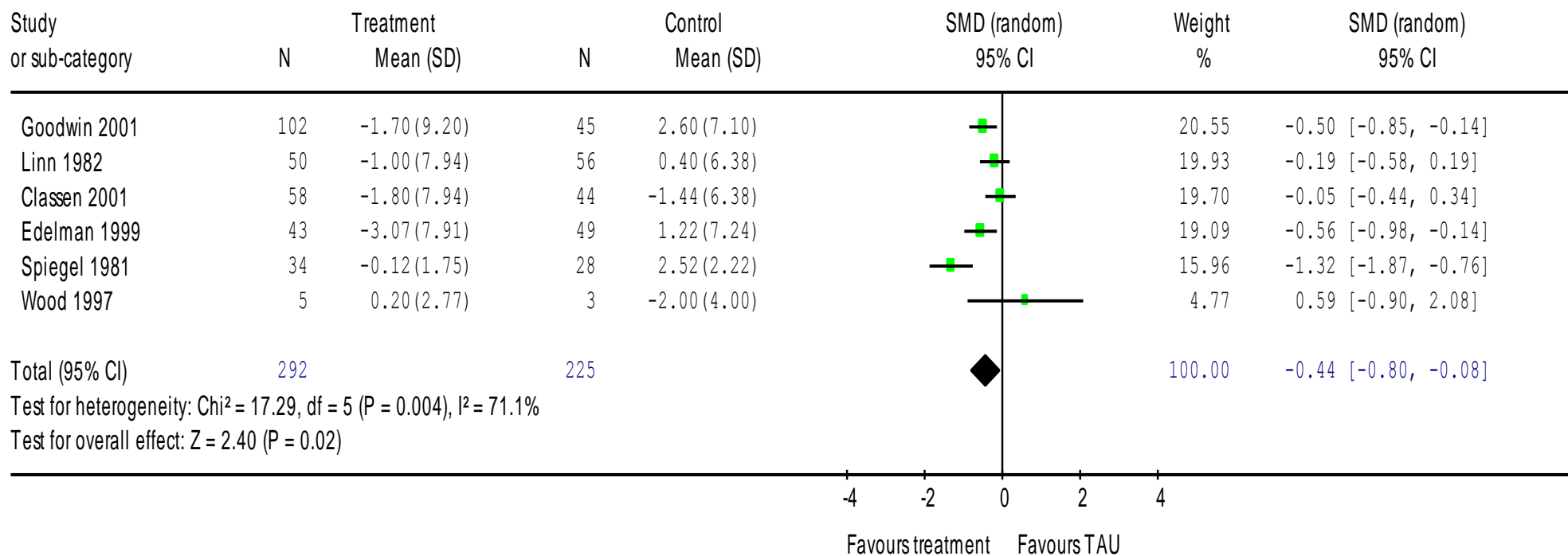
精神症状と予後

3. せん妄

進行がん患者の抑うつに対する精神療法の有効性 -メタアナリシス:結果-

Akechi T et al, Cochrane Database of Systematic Review 2008

Review: Psychotherapy for depression among incurable cancer patients
Comparison: 01 Psychotherapy versus treatment as usual
Outcome: 01 Depression

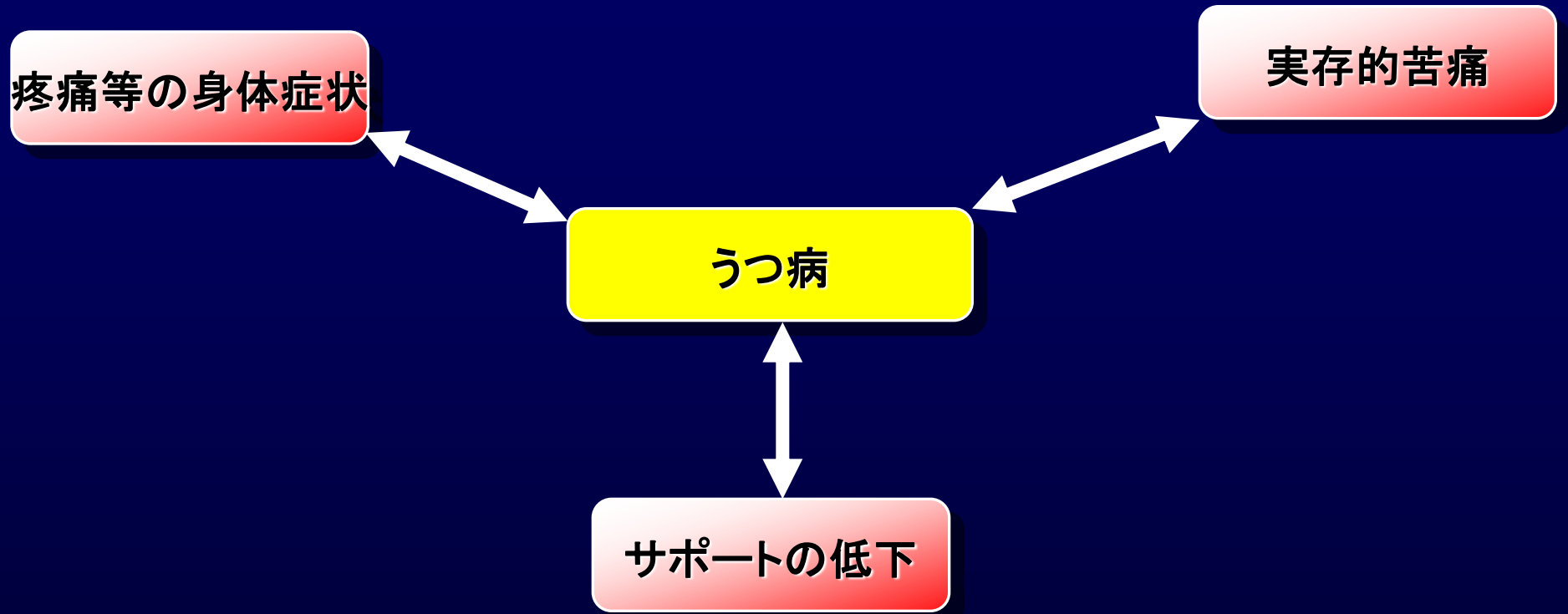


ES (Effect size) = -0.44 (95% CI: -0.08 to -0.80)

支持的精神療法の実際

不安や抑うつを有するがん患者に対して、心の負担について話すことは決して恥ずかしいことではないことを伝え（感情表出の促進）、患者の声に静かに耳を傾け（傾聴）、批判・解釈することなくあるがままを受けとめる（受容）。医療者は患者の言葉に対して肯定的に接し（支持）、そのうえで適切な情報を提供し、現実的な範囲で保証を与える（保証）。

がん患者のうつ病の特徴



多要因が関与

→ 痛みの緩和や家族のサポートなどトータルなケアが必要

サイコオンコロジー

1. はじめに — 緩和医療とサイコオンコロジー

2. **がん患者の抑うつ・不安とその対応**

通常反応

うつ病・適応障害の診断

薬物療法

精神療法

症例

スクリーニング

精神症状と予後

3. せん妄

症例:73歳 女性

診断:乳がん・多発肺転移

生活歴:

4人兄弟の長女(兄、2人の妹)として、東京にて出生。

女学校を卒業後、33歳で結婚するまで、両親の元で家事手伝い。結婚後は都内に住居をかまえ、2人の男児をもうける。

もともと、内気で繊細な性格。趣味は家事や手芸など。

家族:

夫(75・もと運送会社の管理職)と同居。

長男(37・銀行員)と次男(35・会社員)はそれぞれ独立し、都内在住。

現病歴

X-13年

左乳がん(T2N0M0)に対し、乳房全摘術施行。2年間のホルモン療法施行。

X-1年3月

腰痛あり、近医(整形外科)受診し、レントゲンにて異常指摘。
当院受診し、精査の結果再発が判明。

5月

ホルモン療法開始。病状としてはStable Disease の評価をキープ

10月

家出のエピソードあり。この頃より、表情の硬さやイライラした様子目立つ。

11月

診察で、主治医に「精神的につらいので治療をやめたい」と訴える。
精神腫瘍科外来に紹介受診となった。

初診時現症

投げやりになってると自分でも思います。5月から治療をやっていますが、がんの大きさはずっと変わらないんです。だからやめちゃっても変わらないんじゃないかなんて...

・・・13年前に乳がんをしまして、それから10年ずっとこちらに通って、つい3年前に主治医の先生に「もう卒業だよ」とお墨付きを頂いて、それからは本当に何もかもから解放された思いで過ごしていました。ところが今年の春に声が出にくいなと思っていたら再発がわかって...、信じられませんでした。

家族皆でショックを受けたんですけれど、うちは愚痴が禁止ですので...(涙)、しょうがない、言うと悲しくなるから何も言うな、治療しよう、と言われて。

初診時現症

…でもずっと、なんで！！と思っていたんです（涙）。
大丈夫って言われたのに…。
嘘よね？って気持ちが離れなくて。

治験が始まってしばらくした頃（6月）から、食欲がなくなりまして、夜も休めなくなつて。いつもイライラして、神経が休まらない。もう何もかも考えたくなくて、いやになった。独りになりたくて、家出までしてしまった…。

初診時現症(精神科的評価)

・精神症状・・・

抑うつ気分(+)、興味・喜びの喪失(+)、不眠(+)
睡眠時間は4時間、早朝覚醒
食欲不振(+)、焦燥(+)、易疲労性(+)、
無価値感(+)、思考の減退(+)、希死念慮(-)

最低限度の家事、身支度は可能。

日中の焦燥感強く、夫に当たることもしばしば。

友人らとの交流は避けがち。

本症例において、苦しんでいる患者に対して
どのような対応が考えられるでしょうか？



サイコオンコロジー

1. はじめに — 緩和医療とサイコオンコロジー

2. **がん患者の抑うつ・不安とその対応**

通常反応

うつ病・適応障害の診断

薬物療法

精神療法

症例

スクリーニング

精神症状と予後

3. せん妄

なぜ有病率に比べて精神科を受診する 患者が少ないのか？

1. 医療者側の要因

- ・「がんなのだから落ち込むのも当たり前」と了解してしまう
- ・うつ症状をがんに伴う身体症状と考えてしまう
- ・情緒的な問題を扱うのを避ける

2. 患者側の要因

- ・「がんなのだから落ち込むのも当たり前」と了解してしまう
- ・精神的な問題について医療者に相談することをためらう

主治医によるがん患者の抑うつ認識

がん患者の抑うつと主治医による評価の一致率 (%)

n=1109

主治医による 抑うつの評価	患者の抑うつの程度		
	なし	軽い	重い
なし	79%	61%	49%
軽い	18%	33%	38%
重い	3%	6%	13%

Passik et al., JCO, 1998

がん患者の抑うつは見逃されやすい

看護師によるがん患者の抑うつへの認識

がん患者の抑うつと看護師による評価の一致率 (%)

n=1109

看護師による 抑うつへの評価	患者の抑うつへの程度		
	なし	軽い	重い
なし	81%	61%	53%
軽い	15%	29%	33%
重い	4%	10%	14%

McDonald et al., ONF, 1999

がん患者の抑うつは見逃されやすい

がん患者の抑うつについて

- ・高い有病率

適応障害 10-30%

大うつ病 3-10%

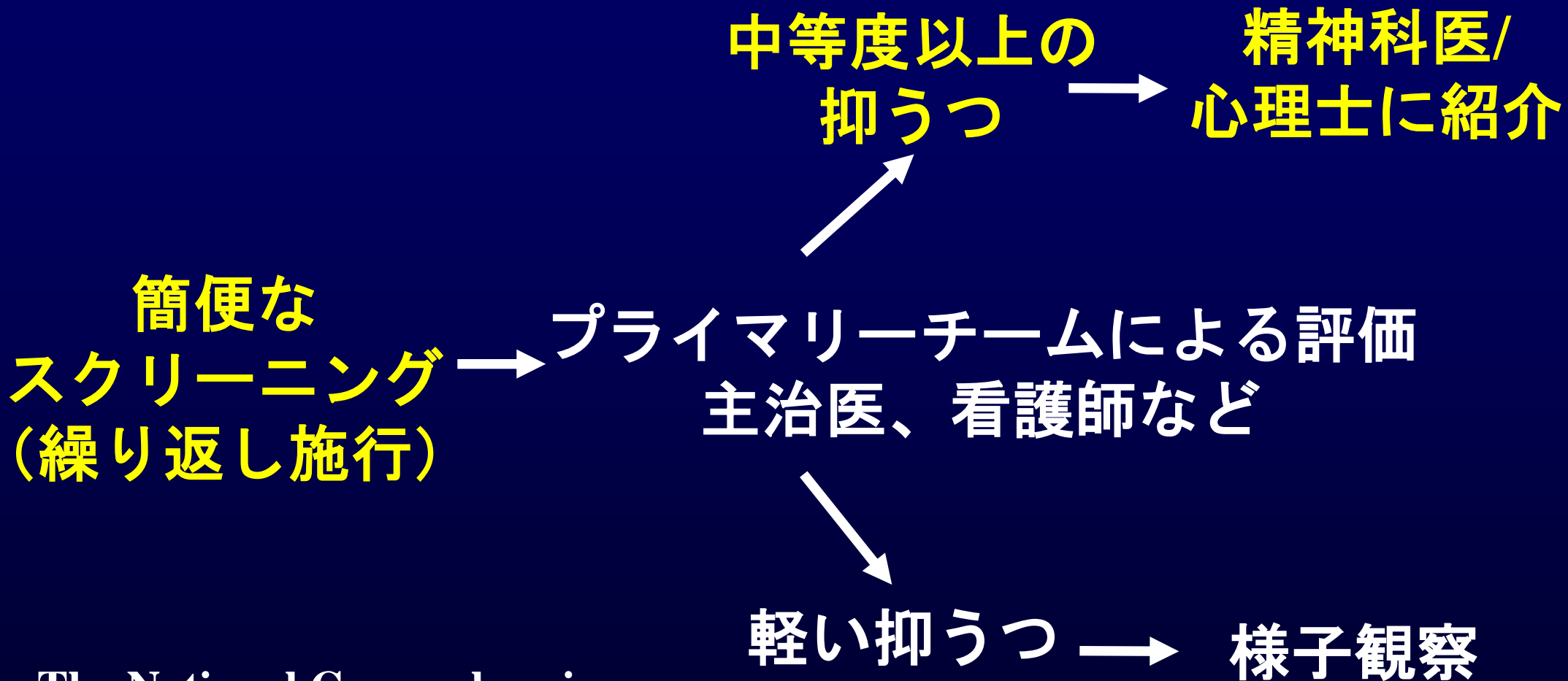
- ・様々な負の影響（自殺など）

- ・効果的な治療法（薬物療法）がある

- ・見過ごされやすい

**早期発見、早期治療導入のためのスクリーニングの
実施が望ましい疾病の特徴を有する**

推奨される抑うつへのマネジメント



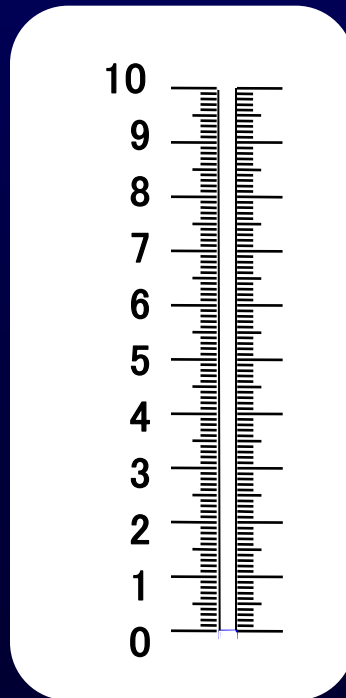
がん患者の適応障害/大うつ病の簡便なスクリーニング -つらさと支障の寒暖計-

1.この1週間の気持ちのつらさを
平均して寒暖計の中の最も当て
はまる数字に○をつけて下さい

2.その気持ちのつらさのために
この1週間どの程度、日常生活
に支障がありましたか？

気持ちのつらさ

最高につらい

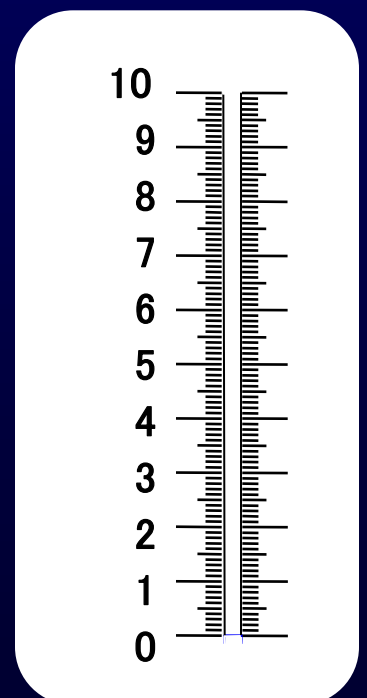


中くらいにつらい

つらさはない

最高に生活に支障がある

生活支障度



中くらいに支障がある

支障はない

実地臨床での実施(平成15年8月から3ヶ月)

東病院化学療法科病棟入院患者

看護師による寒暖計の実施

未実施

スクリーニング実施患者

カットオフ以下

カットオフ以上の患者

推奨されず

看護師による精神科受診推奨

精神科受診推奨された患者

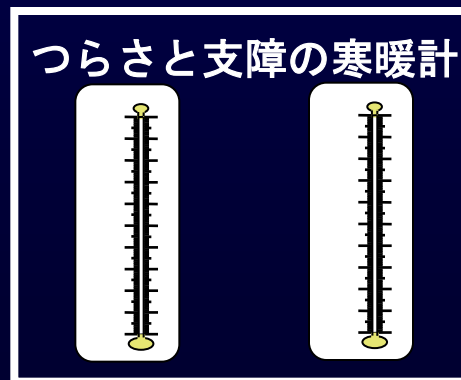
拒否

(看護師による経過観察) 精神科受診希望

その他の診断

適応障害 / 大うつ病

精神科医、心理士の介入



経過観察

結果

入院患者 (N=157)

未実施 (N=22)

スクリーニング実施 (N=135) **135/157**

スクリーニング実施率 86.0%

カットオフ以下 (N=68)

カットオフ以上 (N=67)

推奨されず
(N=0)

精神科受診推奨 (N=67)

67/67
推奨の実施 100%

拒否 (N=48)

精神科受診希望 (N=19)

その他の診断 (N=4)

適応障害 9 / 大うつ病 6 (N=15)

15/157
(紹介率 9.6%)

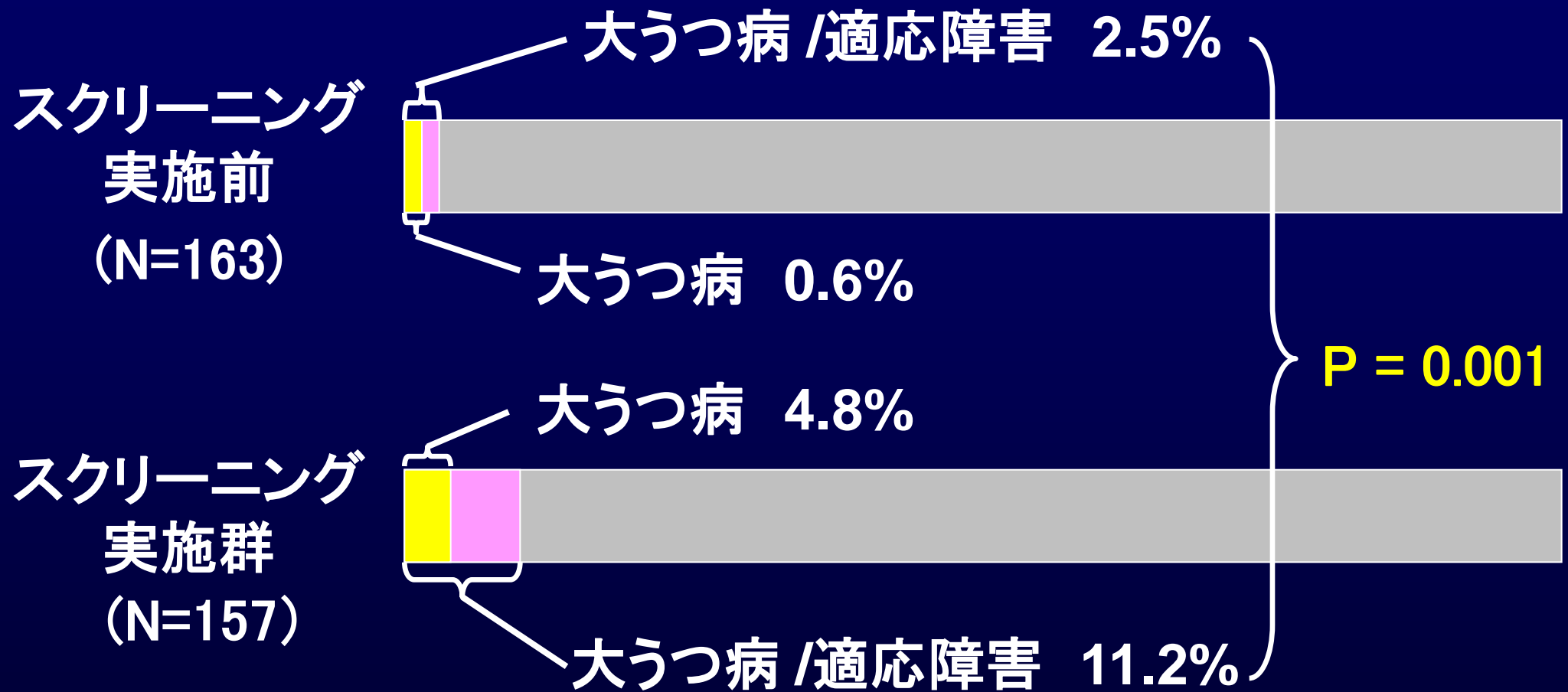
経過観察

コンサルト
(N=3)

適応障害 10 / 大うつ病 8 (N=18)

18/157
紹介率 11.5%

スクリーニング実施による紹介率の変化



スクリーニング介入の有用性が予備的に示唆された

サイコオンコロジー

1. はじめに — 緩和医療とサイコオンコロジー

2. **がん患者の抑うつ・不安とその対応**

通常反応

うつ病・適応障害の診断

薬物療法

精神療法

症例

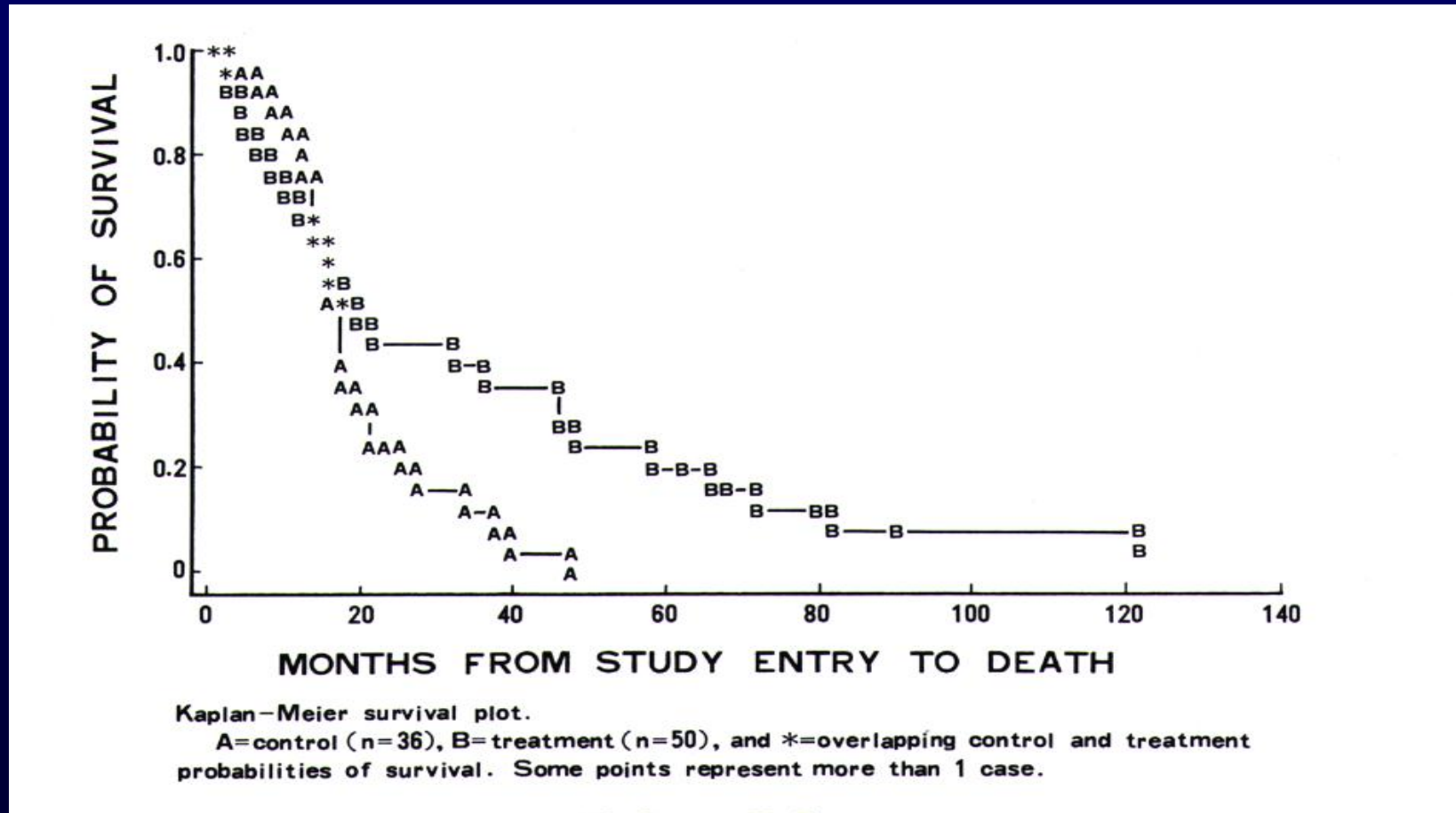
スクリーニング

精神症状と予後

3. せん妄

がん患者に対する心理社会的介入と生存期間

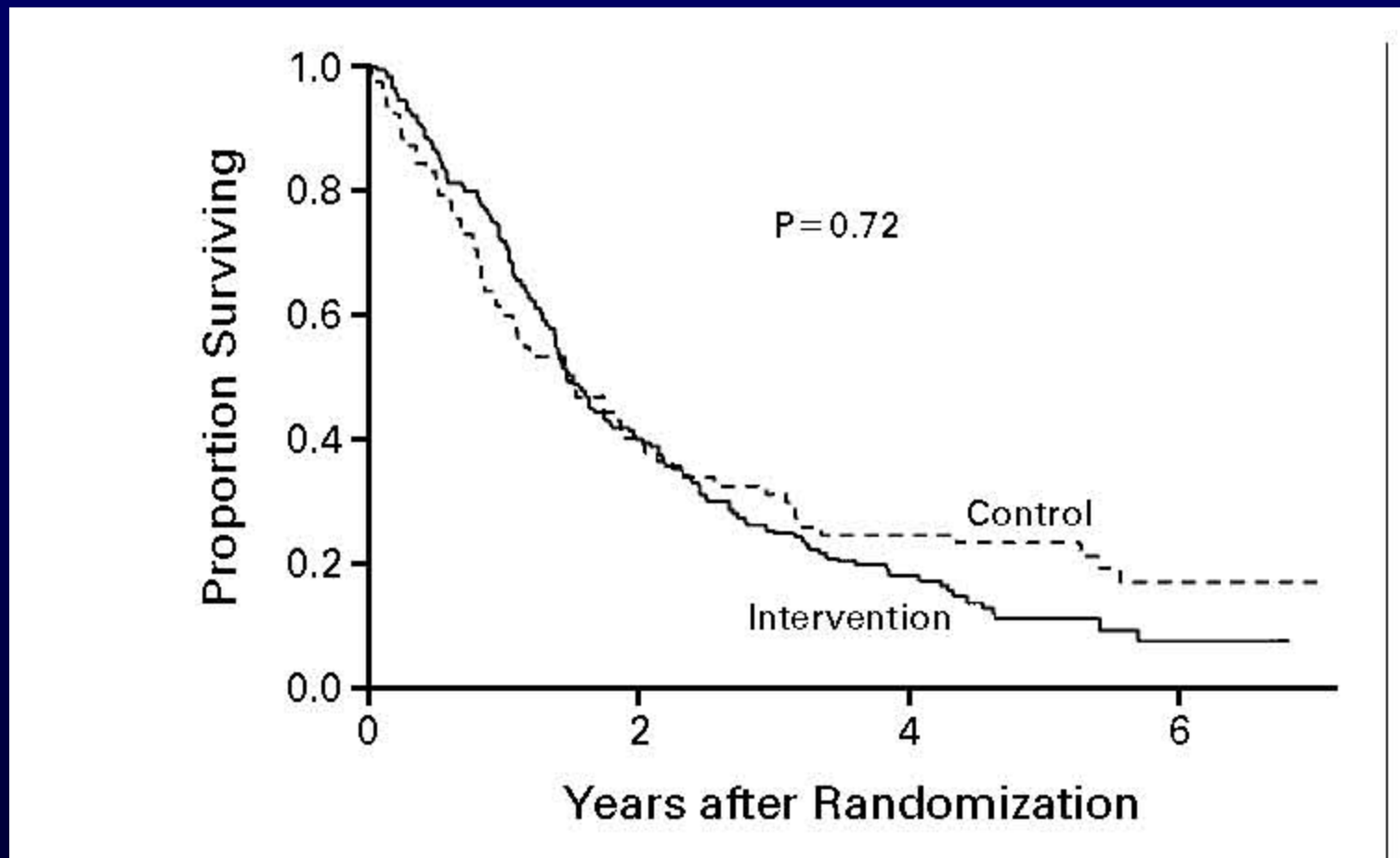
転移乳がん患者に対する感情表出、相互サポートグループ療法



介入群は対照群に比べ平均1.5年長期生存

Spiegel, Lancet 1989

がん患者に対する心理社会的介入と生存期間



多施設RCTでの追試→有意差なし

The Eysenck Personality Questionnaire-Revised (EPQ-R)

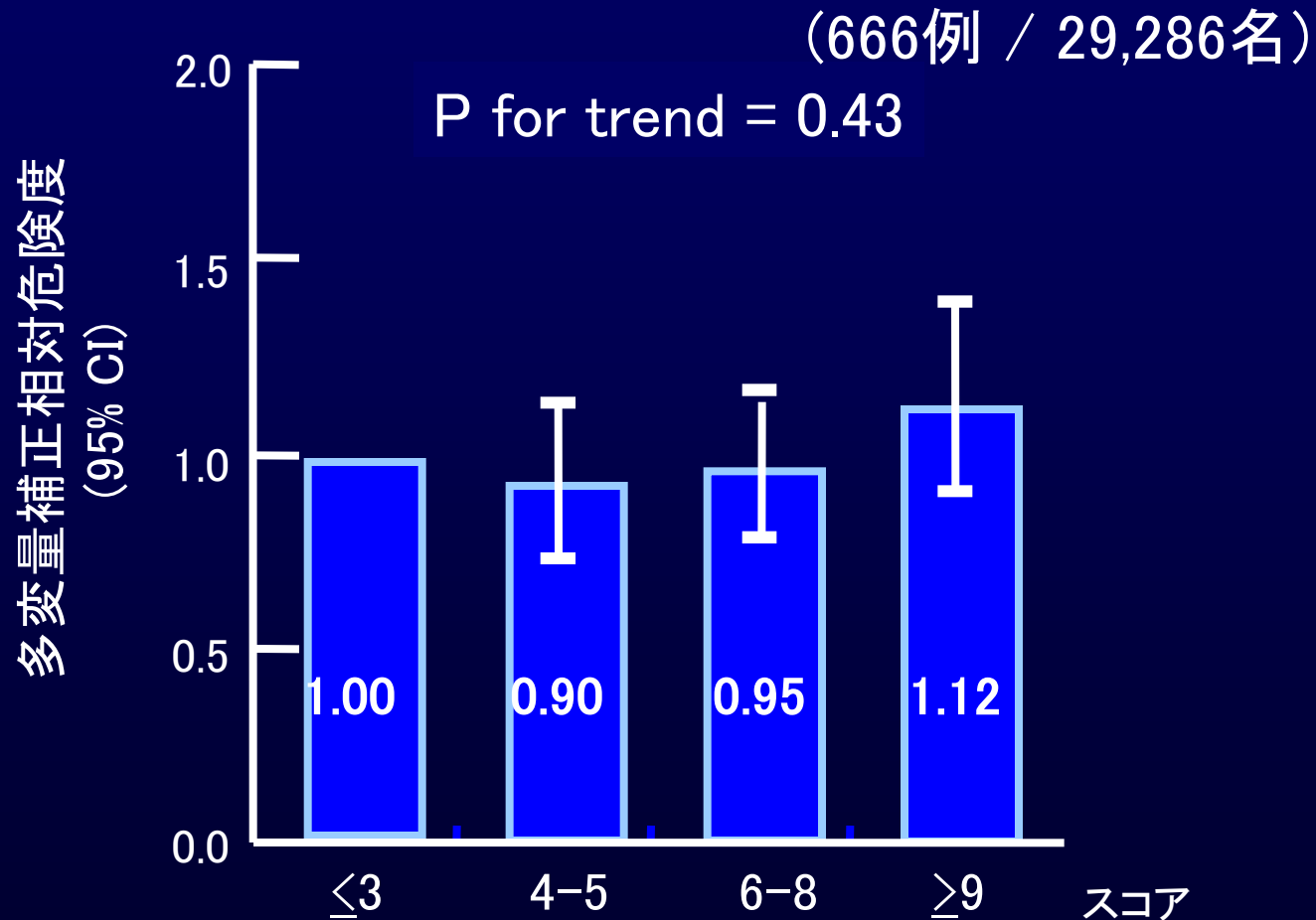
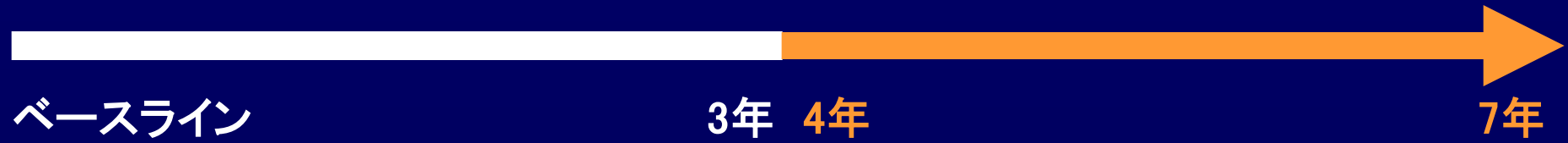
- ・ 48の質問から構成され、「はい」「いいえ」から回答する。
(神経症傾向に関する質問項目の12項目のみ使用した)
- ・ 神経症傾向のスコアは0-12点であり、点数が高くなる程、神経症傾向の特性傾向が高まる。
- ・ 信頼性・妥当性は大学生及び一般成人による検討から確認されている。

神経症傾向 (N)

- ・ 情緒不安定
- ・ 心配性
- ・ 緊張しやすい

- ・ 自分は神経質だと思いますか
- ・ 心配症ですか
- ・ さびしいと、しばしば感じますか

神経症傾向とがん発症リスク - 追跡期間別 -



性格と発がんは関係しない

Nakaya JNCI 2003

サイコオンコロジー

1. はじめに — 緩和医療とサイコオンコロジー
2. がん患者の抑うつ・不安とその対応
3. せん妄

がん患者のせん妄

- I. はじめに
- II. せん妄の診断
- III. がん患者にみられるせん妄の頻度
- IV. せん妄の原因
- V. せん妄の治療
- VI. まとめ

症例 60代 女性

診断 大腸がん・多発肝転移(Stage IV)、

経過 上記診断にて2nd line の化学療法を入院にて施行中。徐々に倦怠感が強くなっていた。

ある日、看護師が夜間ラウンドの際に
「台所に人がいるから見てきて！」
やや興奮し、切迫した様子で訴える。

翌日採血、CTを施行。著明な肝転移の増悪と、肝酵素の上昇を認めた。

どのような対応が考えられるか？

せん妄の問題点

- 危険行動による事故・自殺
- 家族とのコミュニケーションの妨げ
家族の動揺
- 患者の意思決定と同意の問題
- 医療スタッフの疲弊
- 入院期間の長期化

Litaker et al., Gen Hosp Psychiatry, 2001
Lawlor et al., Arch Intern Med, 2000
Inouye et al., N Engl J Med, 1999

がん患者のせん妄が与える苦痛

対象:せん妄の体験を記憶していたがん患者54人(53.5%)

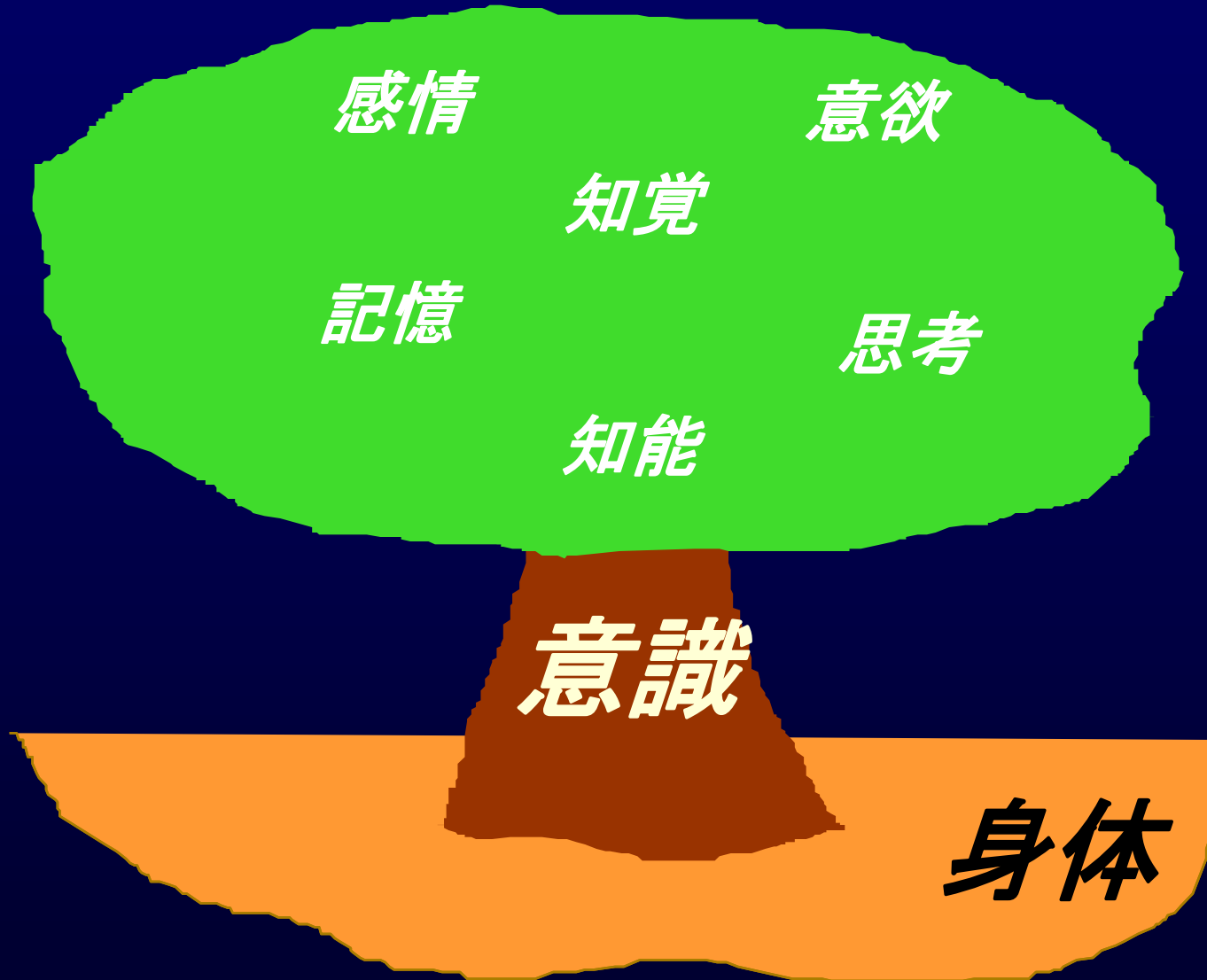
:家族 75名

:看護師101名

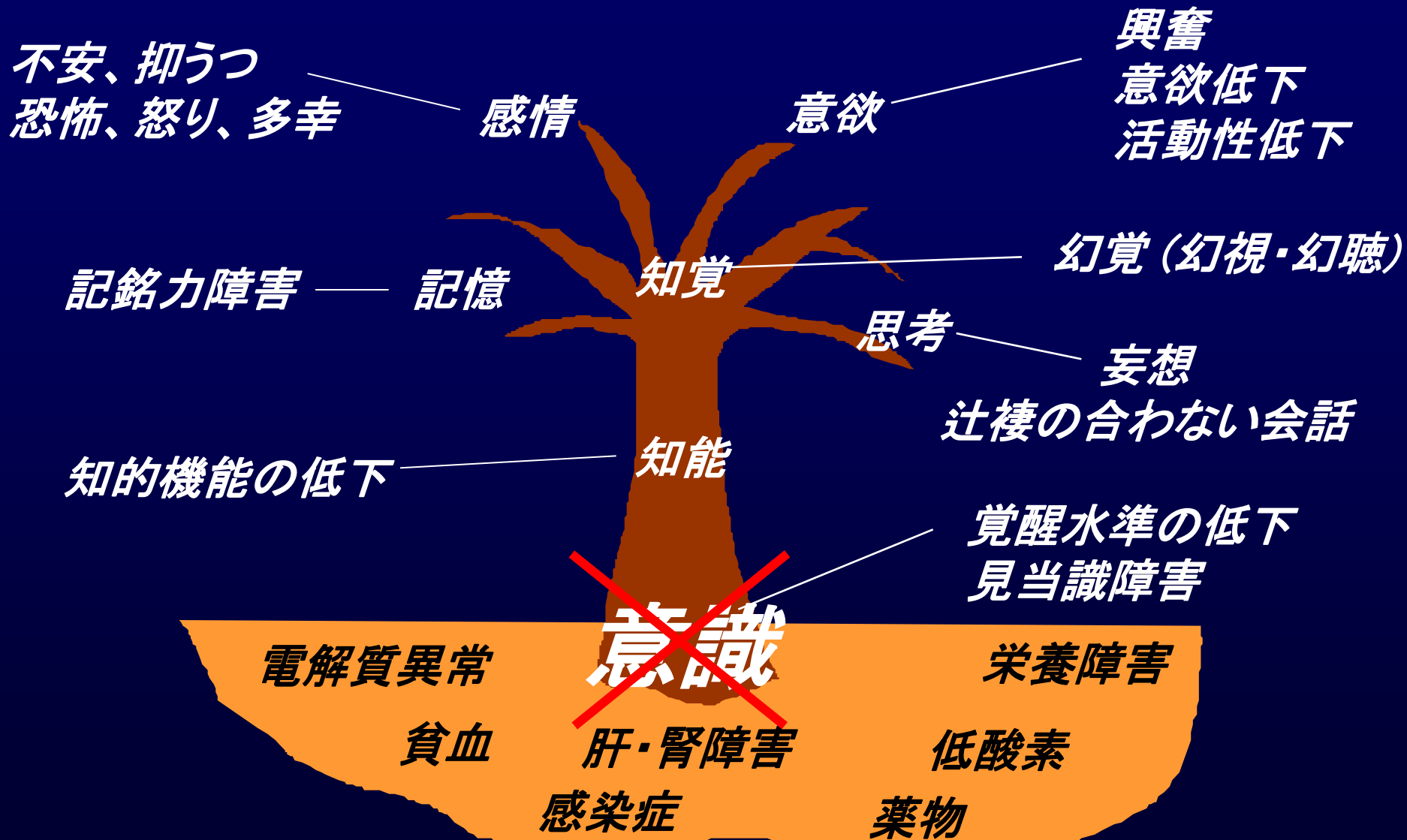
評価 (0-4点)	患者 (N=54)	家族 (N=75)	看護師 (N=101)
非常につらい (4)	80%	76%	73%
平均(SD)	3.2 (1.1)	3.8 (0.5)*	3.1 (0.8)
予測因子	妄想	PS	幻覚、 せん妄重症度

* $P < .001$ (one-way ANOVA)

ヒトの精神機能



せん妄とは？



がん患者のせん妄

- I. はじめに
- II. **せん妄の診断**
- III. **がん患者にみられるせん妄の頻度**
- IV. **せん妄の原因**
- V. **せん妄の治療**
- VI. **まとめ**

せん妄の診断

- A. 意識障害
- B. 認知機能障害(失見当識・時間、場所などがわからない)
知覚障害(幻覚など)
- C. 数時間-数日のうちに出現
日内変動
- D. 身体疾患、物質(薬剤、アルコール)などの原因がある

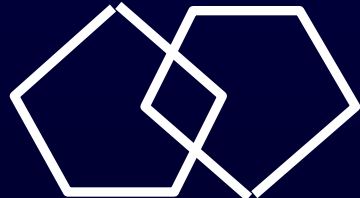
せん妄と痴呆の鑑別

	せん妄	痴呆
発症様式	急性、亜急性	慢性
経過	一過性	持続性
症状の動揺性	あり（夜間増悪）	目立たない
意識	混濁	正常
知覚の障害	錯覚、幻覚	目立たない

せん妄の スクリーニング

Mini Mental State Examination (MMSE)

30点満点
23 点以下でせん妄
を疑う

	質問内容	得点
1 (5 点)	今年は何年ですか 今の季節は何ですか 今日は何曜日ですか 今日は何月何日ですか	
2 (5 点)	ここは何県ですか ここは何市ですか ここは何病院ですか ここは何階ですか ここは何地方ですか(例:関東地方)	
3 (3 点)	物品名を3個覚えてもらい 直後に被験者に繰り返してもらい (正解1個につき1点)	
4 (5 点)	100 から順に 7 を引く (5 回まで:正解1個につき1点)	
11 (1 点)	次の図形を書いてください 	

せん妄のスクリーニング・重症度評価

Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS)

1. 意識障害：周囲の状況が把握できているか？
2. 見当識障害：年月日や場所などが理解できているか？
3. 短期記憶障害：例示した3つの単語を5分後に覚えているか？
4. 順唱・逆唱の障害：数字の順唱・逆唱ができるか？
5. 注意の集中と転換の障害：注意力が障害されていないか？
6. 思考障害：話は支離滅裂でないか？
7. 知覚障害：錯覚や幻覚はないか？
8. 妄想：妄想はないか？
9. 精神運動抑制・興奮：抑制や興奮はないか？
10. 睡眠覚醒リズムの障害：昼夜逆転はないか？

がん患者のせん妄

- I. はじめに
- II. せん妄の診断
- III. **がん患者にみられるせん妄の頻度**
- IV. せん妄の原因
- V. せん妄の治療
- VI. まとめ

せん妄の有病率

著者、年	対象	N	有病率
<i>Folstein, 1991</i>	一般(55歳以上)	810	1%
<i>Marcantonio, 1994</i>	術後(開心術以外)	1341	9%
<i>Litkar, 2001</i>	術後	500	11%
<i>Dyer, 1995</i>	術後	—	37%
<i>Derogatis, 1983</i>	がん(入院・外来)	215	4%
<i>Minagawa, 1996</i>	終末期(死亡55日前)	93	28%
<i>Bruera, 1992</i>	終末期(死亡16日前)	47	83%
<i>Lawlor, 2000</i>	PCU(入院時)	104	42%
	(累積罹患率)	104	68%
	(死亡6時間前)	52	88%

がん患者のせん妄

- I. はじめに
- II. せん妄の診断
- III. がん患者にみられるせん妄の頻度
- IV. せん妄の原因
- V. せん妄の治療
- VI. まとめ

術後せん妄: 術前の危険因子(N=500)

危険因子	N	RR	95%C.I.
● 年齢 ≥ 70	202	3.1	1.75-5.55
● 術前の認知障害	115	3.1	1.73-5.43
身体的障害(SAS >2)	226	1.57	1.27-1.94
合併症(CCI >2)	296	1.75	1.09-2.79
● せん妄の既往	43	4.1	1.98-8.27
Na, K, 血糖の異常	14	3.8	1.27-11.38
● 麻薬性鎮痛剤	87	2.1	1.26-3.53
ベンゾジアゼピン	37	2.24	1.16-4.34

● アルコール依存・乱用、脳外科病棟

(● 多変量解析による有意な因子)

せん妄の原因 -進行・終末期がん患者-

Lawlor et al., Arch Intern Med, 2000

対象：緩和ケア病棟入院後、せん妄が出現したがん患者71名

頻度	原因	可逆性
1	オピオイド	高い
2	脱水	高い
3	代謝異常	低い
4	低酸素脳症(呼吸器感染症による)	低い
5	その他の感染症	低い
6	薬剤(オピオイド以外)	高い
7	血液学的異常	—
8	頭蓋内病変	—
9	低酸素脳症(肺がん、転移性肺がんによる)	低い
10	アルコール等の離脱	—

進行・終末期であっても49%は改善可能であった

せん妄の原因 -終末期がん患者-

Morita et al., J Pain Symptom Manage 2001

対象：ホスピス入院後、せん妄が出現したがん患者153名

頻度	原因	可逆性(%)
1	肝不全	10%未満
2	脱水	
2	オピオイド	37%
2	腎不全	
5	低酸素血症	10%未満
6	DIC	10%未満
6	頭蓋内病変	10%未満
8	感染症	12%
9	高カルシウム血症	38%
10	コントロールされていない身体症状	10%未満

せん妄の評価 原因の検索1

- 薬剤の評価
 - オピオイド
 - 睡眠剤、抗不安薬
 - 抗コリン作用のある薬

せん妄出現の少し前に開始・増量されていれば疑わしい

せん妄の評価 原因の検索2

- 全身状態の評価

- 高カルシウム血症
- 脱水
- 呼吸不全
- 高アンモニア血症
- 腎機能障害
- 貧血
- 低ナトリウム血症
- 感染症
- 中枢神経浸潤

など

せん妄の評価 促進因子

- 不快な症状の評価

- 疼痛

- 尿閉

- 宿便

- 発熱

- 口渇

など

せん妄の回復可能性とその原因

回復可能

不可逆

脱水

肝不全

一過性の感染

低酸素血症

高カルシウム血症

頭蓋内病変

オピオイド

DIC

ベンゾジアゼピン

抗コリン薬

Lawlor 2000

Morita 2001

がん患者のせん妄

- I. はじめに
- II. せん妄の診断
- III. がん患者にみられるせん妄の頻度
- IV. せん妄の原因
- V. せん妄の治療
- VI. まとめ

せん妄の治療

A. 医学的管理:

1. 原因の同定と治療

(理学的所見、臨床検査、投薬内容の検討)

(身体的原因の治療、原因薬剤の中止・減薬・変薬)

2. 行動の危険性を評価し、安全性を確保する

(危険物の撤去、頻回の訪床など)

～原因の治療～

- 身体要因への介入
 - 脱水に対する輸液、
 - 感染症に対する抗生剤投与 等
- 原因薬剤の変更・中止
 - オピオイドローテーション
 - 睡眠薬から抗精神病薬への変更

オピオイドローテーション

対象: モルヒネが主因と考えられるせん妄21名
モルヒネ投与量が150mg経口換算未満
予後が1ヶ月以上見込まれる

方法: オピオイドローテーション
モルヒネ10mg 静脈 = フェンタニール150 μ g 静脈・皮下

結果: 21名中18名(85.7%)のせん妄が改善

B. 環境的・支持的介入:

1. 環境的介入

照明の調整(昼夜のめりはり、夜間の薄明かり)

日付・時間の手がかり(カレンダー、時計を置く)

眼鏡、補聴器の使用

親しみやすい環境を整える

(家族の面会、自宅で使用していたものを置く)

2. オリエンテーションを繰り返すつける

(場所、日付や時間、起きている状況について患者自身が思い出せるよう手助けをする)

3. 家族への適切な説明が必要

(身体疾患や薬剤によって生じている症状であること)

家族への説明

- 認知症とは異なり、身体疾患や、薬剤が原因であること、原因が除去されれば回復可能であることを説明する。
- 原疾患の進行による場合は、せん妄が病状進行のサインであることを説明し、家族のつらさを理解し、声かけを行う。家族が実行できる患者のケアなどをいっしょに探す。
- つじつまが合わない発言は、無理に修正しようとせず、話をあわせたり、話題を変えたりする方法を推奨する。

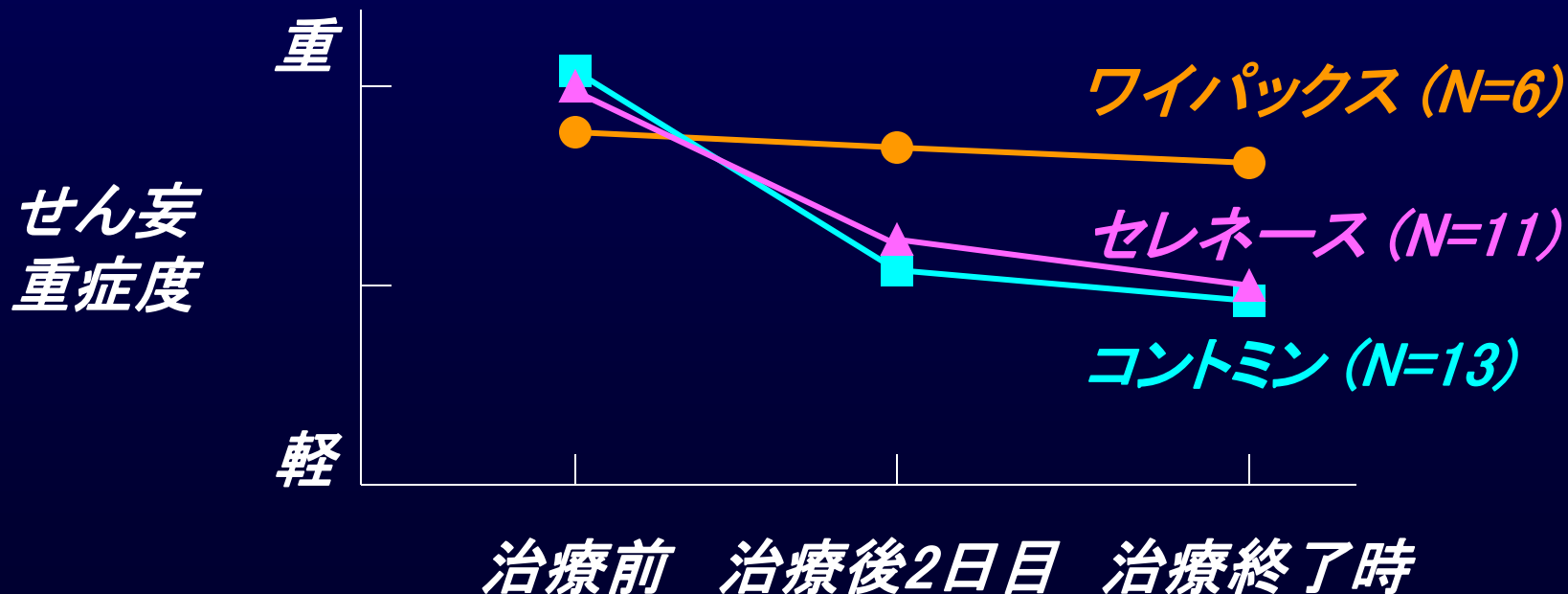
C. 身体的介入:薬物療法

Breitbart et al., Am J Psychiatry 1996

対象: せん妄を合併した入院AIDS患者

デザイン: 無作為化比較試験

結果: セレネース群、コントミン群では
有意な改善がみられた



C. 身体的介入：薬物療法

- **メジャートランキライザー（第一選択）：投与前に心電図の確認**
 1. 意識を低下させずに、幻覚、妄想、興奮などを抑える
 2. **セレネース（ハロペリドール）**が循環・呼吸機能に及ぼす影響が比較的少ないので有用
 3. 治療初日に、少量頻回投与で一日必要量、効果を推定
 4. 計2-3A使用しても症状の改善がみられない場合は、鎮静の強い**コントミン（クロルプロマジン）**に変更（血圧低下に注意）
 5. **リスペリドン、クエチアピン、オランザピン**も有用
- **睡眠剤；原則的に緊急避難的な使用等に限る（安易に使用しない）**
 - ロヒプノール（フルニトラゼパム）、ドルミカム（ミダゾラム）

メジャートランキライザーの有害事象

アカシジア(静座不能症)*

パーキンソン症候群

悪性症候群

中枢神経系

便秘 麻痺性イレウス

口渇 頻脈 緑内障の悪化

末梢性抗コリン

その他

抗 α 1-アドレナリン

不整脈

肝障害

過鎮静

血圧低下

ふらつき

*投与開始後1-2週後に生じることが多いので注意が必要、不安、焦燥との鑑別が重要

定型・非定型抗精神病薬(メジャートランキライザー)

	定型抗精神病薬		非定型抗精神病薬	
商品名	セレネース	コントミン ウインタミン	リスパダール	セロクエル
投与可能な経路	経口・筋肉内 ・静脈内	経口・筋肉内	経口	経口
初回投与量	0.75-2.5mg/回	10-25mg/回	0.5-1mg/回	25mg/回
常用量	0.75-10mg/日	10-50mg/日	0.5-4mg/日	25-100mg/日
半減期	10-24時間	10-59時間	4-15時間	3-6時間
作用特性・有害事象				
鎮静作用	低	高	低	高
降圧作用	低	高	低	低
錐体外路症状	高	低	低	低

せん妄の可逆性と治療目標の設定

	回復可能	回復困難
治療目標	せん妄からの回復	せん妄症状の緩和
薬物療法	抗精神病薬を用い、ベンゾジアゼピンは最小限の使用	ベンゾジアゼピンの併用を適宜行う
ケア	<ul style="list-style-type: none">・見当識障害の回復・生活リズムの補正・家族のケア	<ul style="list-style-type: none">・不穏症状の緩和・睡眠確保・家族のケア

がん患者のせん妄

- I. はじめに
- II. せん妄の診断
- III. がん患者にみられるせん妄の頻度
- IV. せん妄の原因
- V. せん妄の治療
- VI. まとめ

まとめ

1.せん妄は様々な精神症状を随伴した意識障害である

2.治療は、

A.原因の同定とその治療

B.環境的・支持的介入

C.身体的介入(薬物療法)

第一選択薬剤は、メジャートランキライザーである

症例 60代 女性

診断 大腸がん・多発肝転移(Stage IV)、

経過 上記診断にて2nd line の化学療法を入院にて施行中。徐々に倦怠感が強くなっていた。

ある日、看護師が夜間ラウンドの際に
「台所に人がいるから見てきて！」
やや興奮し、切迫した様子で訴える。

翌日採血、CTを施行。著明な肝転移の増悪と、肝酵素の上昇を認めた。

どのような対応が考えられるか？

対応の1例

- ・原疾患の進行による肝不全がせん妄の原因と考えられた。せん妄の回復の可能性は低いと考えられた。
- ・徘徊などによる事故防止を目的に、離床センサーを設置した。
- ・窓際にベッドを移動し、カレンダー付きの時計を設置。驚く家族に状況の説明を行った。
- ・肝機能障害があり、Haloperidol 0.75mg 眠前投与開始。1.5mgまで増量をおこなったところ、不眠、幻覚妄想、焦燥などの症状は改善した。