

“ふだんとなにかおかしい”

Single Question in Delirium(SQiD)

- 不穏状態・自己抜去
- 昼夜逆転・落ち着かない
- 会話が少しおかしい
- ぼんやりとしている

不穏により緊急の対策が必要

- 例：検査がおこなえない
- 身体抑制が直ちに必要

緊急対応メニュー

緊急用：ハロペリドールの投与量は多めとなっている

■身体抑制までは必要ない

ハロペリドール 肝 0.5~1ml 皮下or点滴

■身体抑制が必要

ハロペリドール 肝 0.3~0.5ml
 +プロメタジン 長肝 0.3~0.5ml } 皮下or点滴

(超高齢者:ハロペリドール0.5ml+ヒドロキシジン25mg筋注)

Key診断せずに漫然と不穏時指示を続けない!

※緊急対応は一時的。その後は診断・原因治療へ

診断

- 意識状態低下
- 意識混濁 □注意力 □見当識 □認知
- 急激な発症・日内変動
- 行動異常

またはDST該当

→せん妄

Step 0: 予防

不眠時テンプレートで睡眠薬を使用しない

使用するなら適切な症例に個別指示で
当院は入院患者の60~70%以上がハイリスクに該当

長 半減期が長い。遷延に注意

肝 CYP代謝。肝障害時には少ない方の用量で

このガイドの特徴

- ・ベンゾジアゼピン系、抗精神病薬を最小限に
研修医でも安全に使用可能となっています
- ・高齢者・認知症患者での副作用減少を目標
- ・高齢者、肺肝腎機能低下、終末期も対応可
- ・ICUでのプレセデックス®には対応していません
- ・対応困難・原因不明はせん妄チームへ
- ・他の薬剤の使用を制限するものではありません

Step 1: Attention! ハイリスク

- 70歳以上 ※1項目でも該当すればハイリスクと考える
- 認知症
- 重症患者
- 侵襲の高い治療(予定含む)
- 頭部疾患の既往
- 向精神薬の多剤併用
- せん妄の既往
- アルコール多飲

Step 2: Check! 増悪因子

- 不快な身体症状
- 痛み □切迫尿意・便意 □呼吸困難
- バルーンカテーテル・ルート類
- 環境の変化
- 不眠 □ICU/個室
- 可動制限(抑制・ルート類・安静指示)
- 精神面(不安・抑うつ)
- 感覚低下(視力・聴力障害)

Step 3: Stop! 原因

- 感染
- 脱水
- 低酸素血症
- その他：□臓器障害(脳,心,肝,腎…)
- 代謝異常 □電解質(Na⁺,Ca⁺,Mg⁺..)
- 貧血 □ビタミン欠乏 □低栄養
- 薬 (必要性を厳選)
- ベンゾジアゼピン系薬剤 →基本中止
- H₂ブロッカー →PPI
- オピオイド →鎮痛最適化で減量
- ステロイド □抗コリン薬
- 抗ヒスタミン薬

1. Don't!

ベンゾジアゼピン単独使用

ハイリスク群への睡眠薬単独投与は、
医原性のせん妄を引き起こす恐れが高い

レンドルミン®・デパス®
マイスリー®・アモバン®・ルネスタ®等

マイスリー®・アモバン®も広義のベンゾジアゼピン系

2. Do! 増悪因子の軽減

せん妄への薬物療法

3. Do! 採血・採尿→原因への治療・対策

イライラ・興奮・日中不穏

抑肝散 1~3包/日 頓用もしくは定期

※理想はイライラする前

甘草が含まれるため、心不全患者などでは減量

催眠作用の少ない抗精神病薬として

アリピプラゾール液 肝 1.5ml~3ml 朝

少量のトラゾドン 肝 不穏が出る前に内服
(眠気の出ない範囲で0.25Tなど)

上記困難時

ハロペリドール 肝 0.3ml (2~3日は1mlを許容)
またはリスペリドン 肝 0.5~1ml

連用はハロペリドール0.3ml,リスペリドン0.5ml/日迄
ハロペリドール0.5mlでも連用でアカシジアの発症例あり

※プロメタジン・ヒドロキシジン・トラゾドン・ミアンセリン
コントロール不良のけいれんでは慎重投与

※スポレキサントはせん妄への影響が未評価のため、
記載していません

睡眠薬を常用・アルコールせん妄患者 →離脱予防・増悪予防に他剤と併用

ロラゼパム(0.5) 0.5~1T 眠前

ジアゼパム 長肝 2.5~5mg 就前(内服/注射)

睡眠リズム ラメルテオン 0.5~1T 眠前

速効性がないため、ハイリスク群は入院時に
予防的投与も検討

夜間睡眠対策 1st.

トラゾドン 肝 0.5~1T 夕後 or 眠前

不眠時同量追加、4錠/日まで使用可

※ハイリスク群では定期使用を検討

内服困難時

ハロペリドール 肝 0.3ml } 皮下
プロメタジン 長肝 0.3~0.5ml } or点滴

不足時プロメタジン 長肝 0.3~0.5ml追加

プロメタジンは2ml/日を上限

超高齢者:プロメタジンをヒドロキシジン25~50mg

ハロペリドールの基本量は0.3ml。

0.5ml 以上は副作用域での使用

夜間睡眠対策 2nd.

DM(-)かつ認知症(-)なら

クエチアピン(25) 肝 0.5~1T 夕後 or 眠前

不足時同量追加、4錠/日まで使用

それ以外の場合

ミアンセリン 長肝 0.5~1T夕後 or 眠前

不眠時同量追加、3錠/日まで使用可

内服困難時

クロルプロマジン2~2.5ml+5%ブドウ糖50ml

不眠時同量追加 計10ml(50mg)まで

終末期でも問題は少ないが、低血圧には留意

※夜間睡眠対策の薬剤は前日の結果をもとに増量/減量を。2錠以上なら夕+眠前の分服もOK

<p>現実感覚</p> <p>夢と現実の区別がつかなくなったり、ものを見間違えたりする。例えば、ごみ箱がトイレに、寝具や点滴のピンが他のものに、さらに天井のシミが虫に見えたりするなど。</p>	<p>活動性の低下</p> <p>話しかけても反応しなかったり、会話や人とのやりとりが億劫そうに見えたり、視線を避けようとしたりする。一見すると“うつ状態”のように見える。</p>	<p>興奮</p> <p>ソワソワとして落ち着きがなかったり、不安な表情を示したりする。あるいは点滴を抜いてしまったり、興奮し暴力をふるったりする。時に鎮静処置を必要とすることがある。</p>	<p>幻覚</p> <p>幻覚がある。現実にはない声が聞こえる。実在しないものが見える。現実的にはありそうにない不快な味や臭いを訴える(口がいつも苦い、しぶい。嫌なにおいがするなど)。「体に虫が這っている」などと言ったりする</p>
<p>気分の変動</p> <p>涙もろかったり、怒りっぽかったり、焦りやすかったりする。あるいは、実際に泣いたり、怒ったりするなど感情が不安定である。</p>	<p>睡眠-覚醒リズム</p> <p>日中の居眠りと夜間の睡眠障害などにより、昼夜が逆転していたり、あるいは一日中傾眠状態にあり、話しかけてもウトウトしている</p>	<p>妄想</p> <p>最近新たに始まった妄想(誤った考えを固く信じている状態)がある。例えば、「家族や看護スタッフがいじめる」「医者に殺される」など言ったりする。</p>	<p>1つでも該当項目があった場合、B項目をすべて評価します</p>

B項目 ←

<p>見当識障害</p> <p>見当識(時間・場所・人物などに関する認識)障害がある。例えば昼なのに夜と思ったり、病院にいるのに自分の家と言うなど、自分がどこにいるかわからなくなったり、看護スタッフを「孫だ」と言う、身近な人の区別がつかなくなったりするなど。</p>	<p>記憶障害</p> <p>最近急激に始まった記憶障害がある。例えば、過去の出来事を思い出せない、さっき起こったことも忘れる。</p> <p>1つでも該当項目があった場合、C項目をすべて評価します</p>	<p>C項目</p> <p>精神症状の発症パターン</p> <p>現在ある精神症状は、数日から数週間前に急激に始まった。あるいは、急激に変化した。</p> <p>Cのいずれかが該当→せん妄の可能性あり。対応を開始してください。</p>	<p>症状の変動</p> <p>現在の精神症状は一日のうちでも出たり引込んだりする。例えば、昼頃は精神症状や問題行動なく過すが、夕方から夜間にかけて悪化するなど。</p>
--	---	--	--

■せん妄対策におけるピットフォール

せん妄は身体疾患

精神症状 ← 身体疾患 (機序: 炎症性サイトカインによる脳血流関門変調など)

精神疾患 ← 精神症状

Key 身体疾患の治療がせん妄対策の最重要課題

本人の不安に対処

せん妄症状 ≡ 酩酊・ねぼけ

抑制、意に沿わない投薬や言動 → 危害を加えられたと記憶が残る

Key 本人は状況が分からず不安。対処は強制・抑制ではなく安心感で

家族の不安に対処

監視役 ← 付き添い → 本人の安心感

原病に加えての精神症状で家族も強い不安。監視役の依頼は、更なるストレス負荷 → 防衛機制(転嫁)の形で治療への不満にもつながる。

Key 家族の不安に耳を傾け、精神病ではないこと・十分な対処を保証

せん妄ハイリスク群への睡眠薬

~~ベンゾジアゼピン類似薬~~

- 入院ではこれまで大丈夫だった睡眠薬もせん妄の原因薬となる。(せん妄に関係なく、ベンゾジアゼピンの4週以上の漫然とした使用は不適切とも)
- ルネスタ・ゾルピデムは、ベンゾジアゼピンと作用点が共通。せん妄・依存症においては基本的に同じと考える。

Key せん妄症状が出現していなくても、基本的には使わない!

薬物療法の目標

せん妄治療 → 原因の身体疾患を治療・増悪因子の除去
原因薬の調節・環境調整

抗精神病薬 → 限定的な効果。原因は改善しない

Key 薬物療法は治療完遂までの最小限の安全確保

身体抑制について

身体抑制が必要な状況では、間欠的鎮静の併用を検討してください(覚醒下の漫然とした身体抑制継続は人権上も問題)

■薬剤解説

	D2	H1	5HT _{2A}	5HT _{2c}	α ₁		当ガイドでの推奨常用量
ハロペリドール	+++	-	±	-	+	抗H1作用弱く催眠は期待できない。興奮への鎮静作用+。1週以上の使用に注意	3mg(0.3ml)
リスペリドン	+++	+	+++	-	++	抗H1作用弱く催眠は少ない。口腔粘膜からも吸収。1週以上の使用に注意	0.5~1mg(0.5~1ml)
クエチアピン	+	+++	++	++	+	催眠作用強く、錐体外路症状のリスク少ない。糖尿病禁忌	12.5~100mg(0.5~4錠)
クロルプロマジン	++	+++	+++	-	++	催眠作用が強く、入眠目的の使用では錐体外路症状のリスク少ない	12.5~50mg(2.5~10ml)
オランザピン	++	+++	+++	+	+	制吐作用・催眠作用が強い。錐体外路症状のリスクは中程度。糖尿病禁忌	2.5~5mg
アリピプラゾール	+++	±	+	-	+	催眠作用弱く、日中の使用に適している	1.5~3ml
トラゾドン	-	+	+++	++	○	世界で睡眠薬の代用として使用。睡眠深度を深くする。若年者では効果不十分	12.5~100mg(0.5~4錠)
ミアンセリン	-	+++	++	++	○	抗H1作用強く、安全な睡眠薬として使用されているが、遷延する場合あり	10~30mg(1~3錠)
プロメタジン	-	+++				抗H1強く、鎮静目的でも使用。遷延する場合あり	7.5~25mg(0.3ml~1ml)
ロラゼパム						グルクロン酸抱合で代謝されるため、遷延しにくいベンゾジアゼピン系	0.25~1mg(0.5~2錠)
抑肝散						イライラに対して頓用・定期的に使用。飲み口がよく、副作用は少ない。カンゾウを含むため、浮腫/心不全に注意。	2.5~7.5g(1~3包)
ラメルテオン						催眠作用はないが、日内リズムの回復により自然な睡眠。1週間以上内服で効果発現。副作用少ないが1錠では日中遷延も	4mg(0.5錠)

5HT_{2A}→錐体外路症状を軽減、5HT_{2C}→睡眠深度を深くする、せん妄への効果
 推奨量は副作用が発現しないことを保証するものではありません

・ハロペリドール(セレネース/リントン), リスペリドン(リスパダール), プロメタジン(ヒベルナ), クロルプロマジン(コントミン), ラメルテオン(ロゼレム),
 トラゾドン(レスリン/デジレル), ミアンセリン(テトラミド), クエチアピン(セロクエル), アリピプラゾール(エビリファイ), ロラゼパム(ワイパックス)

・高齢者、不穏状態では睡眠薬(ルネスタ、ゾルピデム…)、抗ヒスタミン薬(アタP、ヒベルナ)の単独使用はせん妄症状悪化リスクあるため避ける
 使用する場合には、抗精神病薬の先行投与が望ましい(定期使用時は錐体外路症状に注意)