

ショートレクチャー開始時刻までに本日の手術が終了しませんでしたので、本書配付にて失礼いたします。

研修医の皆さんにお話しする、今回のお題は「不穩」といたしました。

当直中に病棟で、以下の様な患者さんを見かけませんか？

それぞれ、どのような状態だと思えますか？

- A) 「環境が変わって寝られませんか」と深夜まで起きている患者さん
- B) ぶつぶつ意味不明の言葉を言いながらゴソゴソ点滴ルートをいじっている患者さん
- C) 抑制されているのに管という管を全て抜く勢いで暴れている患者さん

Aの患者さんは、不眠“症状”です。

不眠症状には、①入眠障害（寝つきが悪い）②中途覚醒（眠りが浅く途中で何度も目が覚める）③早朝覚醒（早朝に目覚めて二度寝ができない）があります。

不眠症とは、不眠症状により日中に倦怠感・意欲低下・集中力低下・食欲低下などの不調が出現する疾患です。睡眠導入薬の処方が良いと思います。

Bの患者さんは、「低活動型せん妄」であると考えられます。

さて、せん妄とは何でしょうか？ アメリカ精神医学会によるせん妄の診断基準では、①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）、②その障害は短期間のうちに出現し（通常数時間～数日）、もとななる注意および意識水準からの変化を示し、さらに1日の経過中で重症度が変化する傾向がある、③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）、④①および③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、⑤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、と今ひとつ要領を得ません。

簡単に言うと、「身体的原因や薬剤原因によって急性に出現する意識・注意・知覚の障害であり、その症状には変動性がある疾患」ということです。

せん妄は、①過活動型せん妄、②低活動型せん妄、③混合型、の3つのサブタイプに分類されます。過活動型せん妄は、興奮、過活動が主体で夜間徘徊、転倒、点滴抜針などの行動の原因となります。一方、低活動型せん妄は、無表情、無気力などを呈すると鬱病や不眠症と混同されがちですが意識障

害が生じています。

Cの患者さんの状態が本日の本題である、「不穏」です。

不穏はあくまで“状態”であり、疾患名ではありません。

不穏には確固たる定義はありません（たぶん）。認知症ガイドラインでは「焦燥性興奮」、認知症テキストブックでは「穏やかでないこと」などと表現されています。

不穏＝過活動型せん妄、と誤解されがちです（たしかにICUにおける不穏の原因として最も多い）が、不穏の原因は、せん妄だけでなく、痛み、強度の不安、低酸素血症、高炭酸ガス血症、アシドーシス、頭蓋内損傷、電解質異常、低血糖、尿毒症、感染、気胸、気管チューブの位置異常、精神疾患、薬物中毒、アルコールなどの離脱症状、循環不全と多岐にわたります（人工呼吸中の鎮静のためのガイドライン）。ですから、不穏への対処にあたっては、せん妄以外の原因が存在している可能性を常に念頭に置いておかなければなりません。せん妄治療はその後に始めるものです。

それでは、不穏への対処を、当院に採用されている薬剤で考えてみましょう（あくまで個人的な意見です）。

1. せん妄以外の原因があるならば除去する努力
2. 睡眠導入薬の単剤投与はしない（多くの場合、脱抑制がかかり逆効果となる）。当院採用薬では、アモバン・ホリゾン・セルシン・ルネスタ・（エチゾラム）・レンドルミン・（ロラゼパム）・リスミー・サイレース・ベンザリン・ユーロジン・ドラール・ドルミカム・アネレムなどのこと
3. 錠剤が服用可能で糖尿病が無ければ、
 - ①セロクエル 25mg 錠 ½ 錠 内服 ※注1
 - ②1時間で改善が認められなければ ½ 錠 追加（くり返し投与可）
4. 溶剤ならば服用できる、または糖尿病があるならば、
 - ①リスパダール内用液 0.1% 0.5ml 内服
 - ②1時間で改善が認められなければ 0.5ml 追加（くり返し投与可）
5. 内服できない、または急いでいるならば、
 - ①セレネース注 5mg/1A + 生食 19ml 静注
 - ①セレネース注 5mg/1A + 生食 100ml 点滴
 - ①セレネース注 5mg/1A 筋注のいずれかをお好みで
 - ②30分様子を見て効果が認められなければ、くり返し投与（3回まで）※注2

などのオーダーで何とか一晩やり過ごせるのではないのでしょうか？

補足

※注1 セロクエルを最優先にしているのはリスパダールよりキレが良い印象があるからです。

※注2 セレネース単剤投与ならば呼吸抑制を認めることは稀です。が、ここまでやっても効果が認

められなければドルミカムかホリゾン投与することになりますが、セレネースとの併用になるので、しばしば無呼吸となります。併せてモニタリングの指示が必要となります。逆に、しっかりとモニタリングされているならば、セレネースとドルミカムを混注投与にて手っ取り早く効果が得られます（ICU 当直の時は必ずこれを使っていました）。

最後になりますが、「暴れていたらリスパダール」「とりあえずソセアタ・ソセホリ」というようなチンパン処方（頭を使わない処方）も良いですが、患者さんが不穏に至った背景などにも考えを巡らすと成長の糧となるのではないのでしょうか。

鎮静には、いろいろな方法や考え方があります。ご意見・ご質問のある方はお気軽に倉田までお問い合わせください。