

第16回

## 終末期に激しいせん妄を呈し、緊急措置入院に至った一例

▶ 国立国際医療研究センター国府台病院 精神科症例検討会から

中野知恵子 牧野和紀 中島常夫 榎本哲郎  
早川達郎 塚田和美 齊藤 理\*

IRYO Vol. 64 No. 9 (615-622) 2010

キーワード：せん妄，緩和ケア，精神科救急，オピオイド

Key Words : delirium, palliative care, emergency psychiatry, opioid

2010年6月4日に行われた，国立国際医療研究センター国府台病院の精神科症例検討会の記録です。

参加者：発表者（精神科レジデント）ほか，精神科医師・レジデント・研修医など約15名

### 症例提示

【患者】70代，男性

【主訴】興奮，娘を殴る

【家族歴】特記事項なし

【既往歴】X年9月左尿管癌手術

【生活歴】飲酒：ビール350ml 缶を2本程度

【病前性格】まじめで厳格，短気。

【現病歴】同胞5人の第3子。A県にて生育し，18歳時に上京。会社員として勤務し，65歳で定年退職した。その後，X-1年7月までアルバイトを続けていた。X-1年5月頃，腹痛を訴え，自宅近くの総合病院を受診したところ，同院泌尿器科で左尿管腫瘍が判明。本人に告知し，同年9月，左腎尿管摘除術を施行された。10月より化学療法を2クール施行するが，その後の腹部CTにて局所再発を認めた。

X年1月より下腹部痛の訴えが強くなった。癌性疼痛の診断で，疼痛コントロール主体の治療となり，1月中旬よりオキシコドンを開始した。この頃より，日中寝ていることが多くなった。次第に了解不能な言動が見られるようになり，それらはとくに夜間に目立つものであった。心配した家族が，泌尿器科の担当医に相談しようとしていた矢先の2月7日深夜2時頃，娘の部屋に突然飛び込んで，「晩飯食ったか」といい，娘が促していったん自室に戻ったが，その後も眠らず。同日6時にはマンションの外廊下に飛び出し，「助けてください」と叫び続けた。自宅に連れ戻すも，今度はテーブルを投げつけ，窓ガラスを割り，「助けてくれー」と叫び，さらに止めに入った娘の首を絞め，缶詰めで娘の頭を殴りつけるなど，暴行を繰り返した。隣人によって110番通報され，警察官が駆けつけたところ，本人は意味不明な言動を繰り返しており，精神疾患の存在が疑われたため，管轄の保健所に連絡された。保健所の担当者によって緊急措置入院にかかる診察を要すると判断され，国立国際医療研究センター国府台病院（当院）において診察がなされる運びとなった。警察と救急隊同伴にて当科救急受診。診察時には興

国立国際医療研究センター国府台病院 精神科 \*麻酔・ペインクリニック科

別刷請求先：中野知恵子 国立国際医療研究センター国府台病院 精神科 〒272-8516 千葉県市川市国府台1-7-1  
(平成22年8月24日受付，平成22年11月12日受理)

A Case of Involuntary Hospitalization with Excited Terminal Delirium

Chieko Nakano, Kazunori Makino, Tsuneo Nakajima, Tetsuro Enomoto, Tatsuro Hayakawa, Kazumi Tsukada and Osamu Saito\*, Kohnodai Hospital, National Center for Global Health and Medicine

奮はみられなかったが、「下から柱でつきあげられた」「揺さぶられてすごかった」といった意味不明な内容の言動を繰り返した。見当識と記憶の障害を認め、長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R）で9/30であった。経過・現症から、せん妄状態を呈して暴力行為に至り、現時点ではいまだ行動を予測できないため要措置と判断され、同日、当院の精神科救急病棟に緊急措置入院となった。

**司会**

ここまでで、何か質問はありますか。

**精神科医 1**

もともとはどんな性格の方だったのですか。

**発表者**

短気ではあったようですが、人に手をあげるようなことは一切なかったそうです。家族に暴力をふるうのはもちろん初めてで、娘の恐怖感はかなり強いものでした。

**精神科医 1**

物忘れはなかったですか。

**発表者**

癌がわかるまでは仕事も普通にしており、家族もとくに物忘れを気にしたことはなかったとっていました。

**精神科医 2**

癌性疼痛に対して使われたオキシコドンという薬は、どういった薬でしたか。

**発表者**

強オピオイドのひとつで、癌性疼痛に対して強力な鎮痛効果があります。ほかにモルヒネやフェンタニルがあります。表1に各オピオイドの特徴を示します。

**研修医 1**

緊急措置入院というのは何ですか。

**精神科医 3**

「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」という法律で定められた入院形態のひとつです。本症

表1 各オピオイドの特性<sup>1)</sup>

	腎障害への影響	嘔気・嘔吐	眠気	便秘	掻痒
モルヒネ	+++	+++	+++	+++	++
オキシコドン	++	++	++	++	+
フェンタニル	-	±	±	±	±

例のように緊急性が高い状況で、都道府県知事が精神保健指定医1人に診察を命令し、診察の結果、「その者が精神障害者であり、かつ、直ちに入院させなければその精神障害のために自身を傷つけ又は他人を害するおそれが著しいと認めたとき」には、指定病院に入院させることができる、というものです<sup>2)</sup>。ただし、緊急措置入院の場合、入院期間は72時間を超えることはできないので、その間に、措置入院を要するか判断するために2人以上の精神保健指定医の診察を受けることになります。

**精神科医 1**

警察官は、「精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがあると認められる者を発見したときには、直ちに、その旨を、もよりの保健所長を経て都道府県知事に通報しなければならない」と法律で定められています<sup>2)</sup>。このため、保健所に連絡した上で、知事命令での診察が行われたのですね。

**司会**

その結果、緊急措置入院の必要があると判断されたというわけですか。それほどまでに激しい状態だったということですね。

ところで、研修医の先生はせん妄の患者さんを診たことはありますか。

**研修医 2**

外科をローテートしているときに、術後の患者さんが夜間に興奮して、「そこに小さな人がいる」などと幻視を訴えていました。術後2日目だと思います。夜にねぼけているといった印象でした。

**司会**

その患者さんはその後どうなりましたか。

表2 せん妄、アルコールおよび他の精神作用物質によらないもの<sup>3)</sup>

- 
- A. 意識混濁、すなわち周囲に対する認識の明瞭度の低下。これは注意を集中する、維持する、あるいは他へ移す能力の低下をとまなう。
- B. 以下の2つの認知機能障害が認められること。  
 (1)即時想起と近時記憶の障害。遠隔記憶は比較的保たれる。  
 (2)時間、場所、あるいは人物に関する失見当識
- C. 以下の精神運動性障害のうち、1項目以上が存在すること。  
 (1)活動性低下から活動性亢進への急速かつ予測不能な変化  
 (2)反応時間の延長  
 (3)会話量の増大あるいは減少  
 (4)驚愕反応の亢進
- D. 以下のうち1項目以上が認められる睡眠障害あるいは睡眠覚醒サイクル障害  
 (1)不眠。重度であると全不眠になることがある。日中の眠気をとまなうこともともなわないこともある。あるいは睡眠覚醒サイクルが逆転すること。  
 (2)夜間の症状増悪  
 (3)混乱した夢および悪夢。これらは覚醒後、幻覚や錯覚となって続くことがある。
- E. 症状は急激に出現し、日内変動を示すこと。
- F. 病歴・身体診察・神経学的診察・血液検査において、基準A-Dの臨床症状の原因であると推定しうる、基礎となる脳疾患あるいは全身疾患（精神作用物質関連のものを除く）の客観的証拠が存在すること。
- 

**研修医 2**

ハロペリドールを点滴したりしましたが、2、3日ほどでそのような症状はまったくなくなりました。

**司会**

術後せん妄の例ですね。せん妄の病態を考える上で最も重要なことは、意識障害があるということですが、ただし、意識レベルには変動がみられることが多く、日中は意識清明で精神症状も全く観察されないのに、夜になって見当識障害が目立ちだし、幻視の出現や、興奮して点滴を自己抜去してしまう、朝になったらまったく落ち着いていて、昨夜のことは覚えていない、というのがせん妄の典型例です。

せん妄の診断基準を提示してください。

**発表者**

ICD-10におけるせん妄の診断基準を表2に示し

ます。

**精神科医 3**

Lipowski<sup>4)</sup>は、「せん妄とは、一過性で急性発症の器質性精神症候群で、特徴としては、全般性の認知機能障害、意識レベルの変容、注意の障害、精神運動活動の増大や減少、そして睡眠覚醒サイクルの障害である」といっています。せん妄時にみられる精神活動について、興奮を示す場合を活動過剰型、低下する場合を活動減少型、あるいはそれらが混合した場合の混合型、などと分けることもありますね。

**司会**

入院時の検査所見はどうでしたか。

**発表者**

入院時の検査結果では、腫瘍性と考えられる炎症

表3 入院時検査所見

WBC	12,500	/ $\mu$ l	TP	6.6	g/dl	Na	140	mEq/l
RBC	262万	/ $\mu$ l	ALB	3.1	g/dl	K	4.0	mEq/l
Hb	8.2	g/dl	AST	20	IU/l	CL	101	mEq/l
Ht	26.3	%	ALT	9	IU/l	CRP	6.70	mg/dl
PLT	29.5万	/ $\mu$ l	LDH	588	IU/l	Glu	121	mg/dl
			CPK	198	IU/l			
			BUN	25	mg/dl			
			Cre	1.58	mg/dl			
			Ca	9.1	mg/dl			
			Fe	50	$\mu$ g/dl			
			UIBC	111	$\mu$ g/dl			

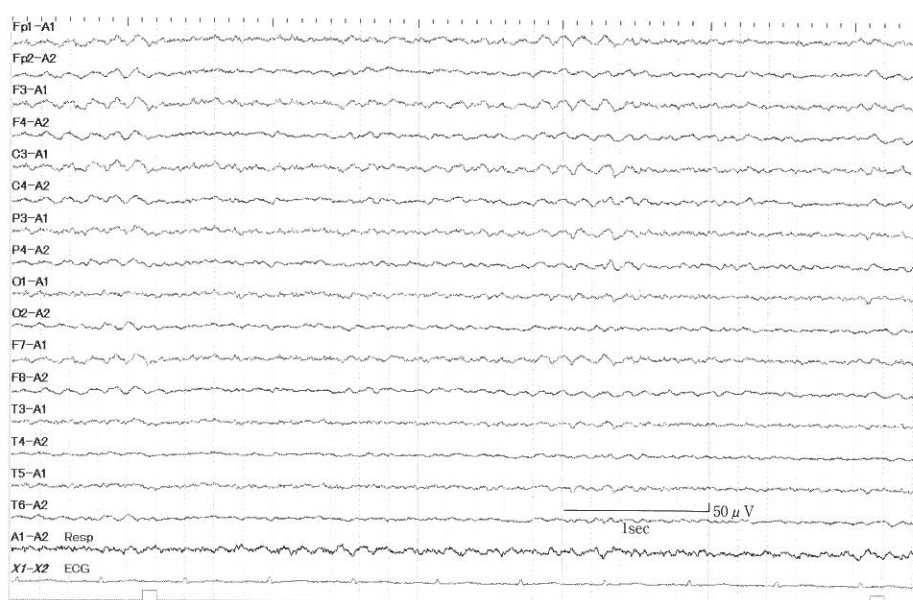


図1 入院5日目の脳波

反応と、軽度の腎機能障害を認めました(表3)。頭部MRIでは海馬を含む全般性の脳委縮を認めましたが、占拠性の病変はありませんでした。脳波では6-7Hzの $\theta$ 波が多量に出現(図1)しています。腹部・骨盤部CTでは左後腹膜に再発巣が多発していましたが、骨シンチで明らかな骨転移は認めませんでした。

司会

脳波以外には、著しい異常所見はみられなかったのですね。一般的なせん妄の脳波所見というのは、どのようなものだと思いますか。

レジデント1

意識障害がベースにあるということなので、基礎波の徐波化がみられると思います。

司会

そうですね。脳の機能が全般的に低下したときのような脳波になることが多いでしょう。余談ですが、アルコール離脱せん妄における脳波は、stage-1-REM with tonic EMGと呼ばれる、特徴的な所見が得られます。これは、REM段階に似た像を示すけれど、REM段階とは異なり、筋緊張が続く脳波です。REM段階のtriasである第1段階脳波、急速眼球運動と筋緊張低下が分離をおこしたものとも考えられています。

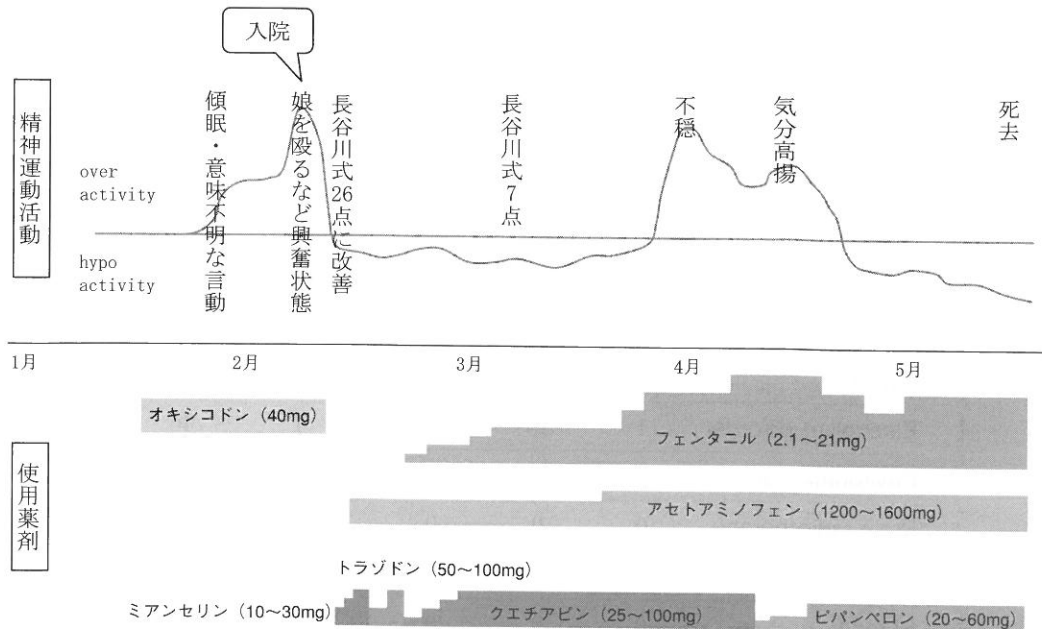


図2 せん妄の状態と経過

表4 せん妄の病因<sup>9)</sup>

(1) 直接原因：	
1.	限局性または広汎性の脳疾患
2.	二次的に脳機能に影響を及ぼす全身性疾患
3.	薬物や化学物質の中毒
4.	アルコールや睡眠薬の離脱
(2) 準備因子：	
1.	60歳以上の高齢
2.	脳障害
3.	認知症*などの慢性の脳障害
(3) 促進因子	
1.	精神的社会的ストレス
2.	断眠
3.	感覚遮断または感覚過剰
4.	不動化

\*原著より改変

では、入院後の経過はどうでしたか。

**発表者**

図2に経過を示します。せん妄の原因としてオキシコドンが強く疑われたため、入院した日から内服薬をすべて中止したところ、2日後にはHDS-Rが26点に改善しました。しかしその後も、不眠や、夜間になると幻視が出現するなどしたため、ミアンセリン、トラゾドン、クエチアピンなどを主剤とする薬物治療を開始しました。ところが、認知機能が改

善すると、「痛みから逃れるために死にたい」などと、痛みのつらさを訴えるようになり、食事もほとんど摂れない状態でした。そこで、麻酔・ペインクリニック科にコンサルトし疼痛コントロールをお願いしました。まずはアセトアミノフェンから開始しましたが、効果不十分だったため、フェンタニルの貼付薬を追加し、漸増しました。食事も多少摂れるようになり、外出・外泊を目標にしていたが、入院時の暴力行為のため娘の不安がとても強く、なかなか実現しませんでした。また、疼痛の悪化にともないフェンタニルを増量すると、認知機能障害は増悪し、さらには看護師に暴力をふるうなど不穏を呈したため、フェンタニルの減量や、向精神薬の変更が必要でした。

**司会**

せん妄の原因としてオピオイドが考えられたということですが、せん妄の原因にはどのようなものがありますか。

**レジデント2**

精神科では、低Na血症、アルコール離脱や認知症にともなうせん妄を経験しましたが…

**精神科医1**

Lipowskiは、せん妄の病因を直接原因、準備因子、促進因子の3つの要素に分けています(表4)。

表5 Causes of encephalopathy in 140 patients with cancer<sup>6)</sup>

Cause	Patients In Cause Category, %				Total
	Definite	Probable	Possible	Contributory	
Drug	4	14	11	35	64
Infection	1	26	12	7	46
Organ dysfunction	2	43	3	6	54
Brain lesion	15	15	3	3	36
Hypoxia	8	24	4	7	43
Electrolyte disorder	1	25	16	4	46
Environmental	0	2	1	17	20
Brain radiotherapy	0	0	0	11	11
Chemotherapy	0	0	0	11	11
Surgery	0	0	0	32	32

直接原因とは、せん妄発現に直接関与していると考えられる要因で、脳梗塞や代謝性脳症、薬物中毒などがあります。準備因子は脳の脆弱性、つまり、せん妄をおこしやすい状態を意味し、高年齢や認知症、脳梗塞既往などがこれにあたります。また、促進因子はせん妄発現を促進ないし強める因子で、心理的ストレス、睡眠障害、感覚遮断などがあげられます。このような3つの要因が絡み合っでせん妄が発症すると考えるとわかりやすいですね。認知症の方は、直接原因がなくても促進因子が加わることでせん妄を発症することがあります。

#### 発表者

今回の症例に関していうと、入院時の検査所見では、腎機能障害がありましたが、明らかな脳の病変もなく、睡眠・覚醒リズムが障害され、意味不明な言動が出現してきた時期にオキシコドンを開始していたことを考えると、やはりオピオイドがせん妄の原因と思われました。また、これを中止したところ認知機能が一旦改善したことからも、著しい興奮に至らしめたのはオキシコドンだったと考えます。準備因子としては、家族の話によると認知症の症状はとくになかったようですが、70代後半という高齢による、脳の脆弱性が考えられます。促進因子は、入院による環境変化、身体拘束、身体疾患による心的ストレス、疼痛への不安などがあげられるでしょう。

#### 研修医3

オピオイドがせん妄の原因になることは多いのですか。

#### 精神科医4

がん患者のせん妄の原因として、薬剤性が多いことはいわれています(表5)。代謝性脳症や脳の占拠性病変とは違い、薬剤性のせん妄は可逆性であり、改善可能です。せん妄の原因薬剤として中止・減量を検討したいわけですが、身体状況からそれが許されないこともあります。身体科担当医と十分に協議し、総合的に薬物療法を調整することが大切となるでしょう。また、終末期のせん妄は多要因で難治性であることが多いです。前述の3つの因子に分類し、一つ一つ対応していくことが重要です。

#### 司会

それがせん妄の治療につながっていくわけですね。せん妄の原則的な治療方針を説明してみてください。

#### レジデント3

せん妄の治療は、まず第一に直接原因を明らかにし、これを取り除いたり、補正することです。血液生化学検査、画像診断、薬物・アルコール歴などから、原因と考えられる脳疾患や代謝性全身性疾患が確認できます。第二に、促進因子に対する働きかけがあります。適切な睡眠・覚醒リズムの確保、痛みなどのストレスのコントロールなどを行います。準

備因子に対しては治療的な働きかけは困難です。そして第三に、精神運動興奮や活発な幻視などの病的体験に対して、対症療法的ではありますが、精神科的な薬物療法による介入を行います。

**発表者**

オキシコドンという直接原因は取り除いたものの、その他の様々な因子によってせん妄は遷延したため、薬物療法を行いました。先ほどもいわれましたが、多要因であることは、終末期のせん妄の特徴です。

しかし薬物療法以外にも、促進因子に対する働きかけとして、部屋に時計やカレンダーを置いて、見当識を支持したり、日中の覚醒レベルを保つ働きかけとして、本人の好む入浴や、リハビリテーションを行ったりしました。また家族は、入院時のエピソードから「精神病になってしまった」「また暴力をふるわれるのではないか」といった不信感や恐怖感が強かったのですが、側に親しい人がいるだけでも患者が安心し、病状の改善につながるの、詳細に本人の様子を伝えるようにして、できる範囲で面会を行ってもらいました。

**司会**

せん妄の薬物治療とは、一般的にはどのようなものですか。

**レジデント1**

興奮が著しい場合、フルニトラゼパムやミダゾラム、あるいはハロペリドールを経静脈的に投与し、初期鎮静を行います。内服が可能なら、初期鎮静は必要ありません。中期的な治療としては、内服可能で興奮をとまなうときは、ハロペリドールのほか、リスペリドン、ペロスピロン、クエチアピンといった抗精神病薬を投与します<sup>7)</sup>。興奮をとまなわない場合には、ミアンセリンやトラゾドンを使い、効果がなければ、抗精神病薬に置換していくのが一般的でしょうか。

**精神科医2**

せん妄の薬物療法で使用する向精神薬は、適応外使用となるものが多く、注意を要します。インフォームドコンセントが重要になります。

**司会**

実際の症例では、どのような薬物治療を行いまし

たか。

**発表者**

症例では、入院してオキシコドン中止し、認知機能が改善したあとは、興奮はともなわず内服可能だったので、ミアンセリン、トラゾドンから始めました。しかし効果不十分で、クエチアピンに変更し100mgまで漸増しました。しばらくは落ち着いていましたが、疼痛の増悪のためにフェンタニルを増量したり、徐々に食べられなくなって低栄養・脱水になったこともあって、再びせん妄が増悪して不穏となったため、クエチアピンからピパンペロンに変更しました。

せん妄が悪化したからといって向精神薬を増やせば、過鎮静や錐体外路症状の出現から誤嚥しやすくなったり、QOLを下げることになります。しかし、疼痛に対してはオピオイドを増量せざるを得ないですし、脱水を補正しようにも、輸液にも拒絶的で、自己抜去のおそれもあり身体拘束を要したのですが、拘束を嫌がって余計に興奮してしまうなど、治療は難しかったです。

**研修医**

ピパンペロンという薬を、あまり聞いたことがないのですが、よく使われるのですか。

**精神科医2**

プロピタンという製品名の、ブチロフェノン系の薬剤です。千葉県の病院ではよく使われているようです。経験則ですが、錐体外路症状をおこしにくく、穏やかな鎮静効果もあるので、当院でも、高齢者のせん妄に対して、きわめて少量から使用することがあります。

**司会**

疼痛コントロールに関してですが、入院後は、オキシコドンではなくてフェンタニルを使っていたのですね。オピオイドの量などはどのように決めていたのでしょうか。

**発表者**

麻酔科の先生と、精神症状や疼痛の程度などを評価し、相談しながら決めていました。院内には緩和ケアチームがあり、定期的に緩和ケア会議も行っていました。

司会

緩和ケアチームはどのようなことをしているのですか。

精神科医 4

緩和ケアチームは、多職種が治療に関わり、包括的ケアを実践するのが目的です。当院では、麻酔科医、精神科医、看護師、薬剤師、理学療法士、管理栄養士、ソーシャルワーカーなどが参加し、緩和ケア会議を行っています。症例の場合も、現状の問題点を出し合い、様々な職種からの視点で、改善策を考えていきました。疼痛コントロールや精神症状に関すること以外にも、外出・外泊を目標にした際には、「家でどのように介助すればいいのか知ってもらうために、家族も交えてリハビリを行う」という案が出たり、食欲がない時期には、どんなものなら食べられるか、看護師や栄養士をまじえて検討しました。

司会

その後の経過は、どうなりましたか。

発表者

患者さんに対する家族の怒り、不信感は徐々に和らぎましたが、恐怖感は残りました。けれど、精神症状が落ち着いたことで本人が穏やかに過ごす時間が増えると、最初は怖がって会うこともできなかった娘の不安も和らぎ、面会時間も増えていきました。普通に会話ができることを喜ぶ姿などがみられましたし、そのことで患者さん自身もうれしそうにしていました。家族が心の整理をつけるために時間は必要だったものの、その手助けはできたのではないかと思います。家族が見守る中、110病日目、永眠されました。

司会

精神科救急病棟で終末期の患者さんを診るのは、

スタッフも医師も、みんな大変だったと思います。最後に、この症例を通して先生が感じたことを教えてください。

発表者

緩和ケアというものに初めて関わりましたが、終末期のせん妄は多因子で難治性でした。患者さん自身の不安や痛みだけではなく、家族の怒りや心配など、様々な葛藤がありました。患者さんと家族にとって適切なケアとは何であるかを、多職種のスタッフみんなで考えながら治療を進めることが大切だと思いました。

司会

では、これで今回の症例検討会を終わりたいと思います。ありがとうございました。

[文献]

- 1) 小川朝生, 内富庸介. 精神腫瘍学クイックリファレンス. 東京: 創造出版; 2009.
- 2) 精神保健福祉研究会. 精神保健福祉法詳解. 改訂第二版. 東京: 中央法規出版; 2002.
- 3) World Health Organization 編; 中根允文ほか訳. ICD-10 精神および行動の障害-DCR 研究用診断基準. 新訂版. 東京: 医学書院; 2008.
- 4) Lipowski ZJ. Delirium-Acute Confusional States-. New York. Oxford Univ Press; 1990.
- 5) 松下正明. 器質・症状性精神障害-臨床精神医学講座10-. 東京: 中山書店; 1997.
- 6) Tuma R, DeAngelis LM. Altered mental status in patients with cancer. Arch Neurol 2000; 57: 1727-31.
- 7) 薬物療法検討小委員会. せん妄の治療指針-日本総合病院精神医学会治療指針1-. 初版. 東京: 星和書店; 2005.