

低活動型せん妄の診断と治療

東京医療センター総合内科

PGY4

大山宗徳

PGY2

新井脩泰

監修

林哲朗

テーマ

分野 神経
診断 治療

症例 89歳女性

【現病歴】

脳梗塞で入院したが、第12病日から突然傾眠傾向となった。日中覚醒が良い時には小声で何か喋ろうとし、簡単な指示動作も出来るが、時間によって「あ・・・」といった事しか喋れない。その際には声かけにも反応が弱く、指示動作も入らない。

頭部画像検査で新規の頭蓋内病変なし。採血上異常なし。

急激な意識変容?? 低活動型せん妄??

【既往歴】 高血圧、脂質異常症、外傷性くも膜下出血、脳梗塞、心房細動、アルツハイマー型認知症、慢性硬膜下血腫

【内服薬】

アムロジピン5mg ビソプロロール2.5mg テルミサルタン40mg
ロスバスタチン2.5mg アピキサバン5mg アマンダジン100mg

Clinical Question

1. 低活動型せん妄の診断は？
2. 低活動型せん妄の治療は？

せん妄の定義

診断

- A.注意(指向・集中・維持・転導)と意識の障害。
- B.障害は数時間から数日間のうちの短期間で発症して、通常の注意や意識からの変化があり、1日を通して重症度が変動する傾向がある。
- C.認知における追加的な障害がある(記憶欠損・失見当識・言語障害・知覚障害・視空間能力の障害)。
- D.基準AとCにおける障害はもう一つの先行・確定・進行中の神経認知障害によってはより良く説明されない。また、昏睡のような覚醒度の重度な低下といった経過で発症したものではない。
(DSM-V)
- E.病歴・身体診察・臨床検査所見から、その障害が一般身体疾患、物質中毒または離脱、もしくは毒性物質への曝露といった直接的な生理学的結果もしくは多重の病因により引き起こされたという証拠がある。

(Dtsch Arztebl Int 2012; 109(21): 391-400)

せん妄の定義

せん妄のサブグループ

- 活動型せん妄: 精神活動が活性化し、興奮、混乱、焦燥、攻撃的
- 低活動型せん妄: 精神活動が低下し、混乱と鎮静
- 混合型せん妄: 上記2つが混在

(Dtsch Arztebl Int 2012; 109(21): 391–400)

低活動型せん妄の診断

直前の24時間に、以下のうちの2項目以上について明確な根拠がある

- 活動量の減少
- 活動速度の低下
- 周囲に対する認識の低下
- 発語量の減少
- 発語速度の低下
- 活力の減少
- 覚醒水準の低下/引き込み

低活動型せん妄の特徴

1. 低活動型せん妄は見過ごされやすい

(Arch Intern Med. 2001;161:2467-2473)

2. 低活動型せん妄は死亡率が高い

サブタイプ	死亡(HR)	95% CI	P Value
Normal	1.00	-	-
活動性	1.12	0.64-1.95	.70
混合性	1.42	0.86-2.34	.17
低活動性	1.73	1.22-2.45	.002

(Journal of Gerontology.2007;62:174-179)

本症例では

各種検査から器質的疾患は否定した上で

- 24時間以内に周囲に対する認識の低下
- 発語量の減少
- 発語速度の低下
- 活力の減少
- 覚醒水準の低下

を認めた。

⇒ 低活動型せん妄と診断

Clinical Question

1. 低活動型せん妄の診断は？
2. 低活動型せん妄の治療は？

低活動型せん妄の非薬物療法について

- せん妄の予防、せん妄の非薬物的介入について、せん妄のサブタイプに焦点をあてた論文はない。
- 低活動せん妄の予防としては、現時点では一般的なせん妄の予防を行うしかない。

せん妄は予防が大切

- せん妄が予防できることは文献によって明らかにされており、せん妄のリスクファクターに対して、事前に多因子的介入をすることが重要である。

(JAMA.2012;308(1):73-81)

- 看護師を主体としたせん妄対策で、重症度の軽減および罹患期間を短くする事ができる。

具体的な対策: ①看護師の教育/②認知機能のスクリーニング/③専門家へのコンサルテーション/④疼痛プロトコルの使用をしての疼痛管理

(J Am Geriatr Soc 49:523-532,2001)

せん妄に対する包括的介入

- せん妄患者に対して、一般的なケアと比較し薬物のみに依らない包括的介入は重症度および認知機能を改善させる。

(Journal of geriatology 2006,61(2),176-181)

せん妄に対する包括的介入

- ① 患者背景の詳しい状況も含めて、せん妄の適切な認識をする
- ② 包括的な老人の評価と治療(介護者からの病歴聴取、身体所見、認知機能、身体機能、鬱のスクリーニング、栄養、内服している薬の評価)
- ③ 精神症状に対して非定型抗精神病薬を処方する
- ④ カレンダー、時計、写真を置く
- ⑤ 理学療法
- ⑥ 全身状態への介入(低栄養への介入、カルシウム+ビタミンD)
- ⑦ 患者の認知機能がMMSEで23点以下であればコリンエステラーゼ阻害薬を処方する/治療可能な認知機能障害がないか、CT/MRIと採血で評価する
- ⑧ 退院のプランを立てる(ソーシャルワーカーにコンサルと、往診医の導入、ケアマネージャーと退院のプランを組む)

低活動型せん妄の薬物療法

- 薬剂的な介入を避けるべきで、薬による介入がせん妄を悪化する一因となる。
- しかし、低活動型せん妄で認める知覚障害や妄想は抗精神病薬にて改善する可能性がある。

(J Palliative Med. 16:4 423-435. 2013)

低活動型せん妄の症状頻度

(Palliative and supportive care 2011,9,129-135)

	低活動性	活動性
意識障害	100	100
見当識障害	100	100
短期記憶障害	100	100
順唱、逆唱の障害	100	100
注意の集中/転換障害	100	100
思考障害	100	100
知覚障害	50.9	70.2
妄想	43.4	78.7
精神運動の抑制/興奮	100	100
睡眠覚醒リズムの障害	100	100

知覚障害(perceptual disturbance)は50.9%、妄想は43.4%
→このような症状がある場合には抗精神病薬の効果があるかもしれない。

低活動型せん妄の薬物療法

- 低活動型せん妄に対するサブグループ解析では、アリピプラゾール、ハロペリドールは治療効果は同等であるが、錐体外路症状の頻度はハロペリドールで高かった。

(palliat Support Care.2011,9,351-357)

- 低活動型せん妄に対して、オランザピンは十分な効果を認めなかった。

(Psychosomatics 2002; 43:175–182)

⇒ “知覚障害”や“妄想”を認める場合は
アリピプラゾール(エビリファイ®)も選択肢かもしれない

(注:薬物治療自体を扱った文献はほぼなく、十分な根拠は乏しい…)

本症例のその後

- 非薬物治療(カレンダー、時計、写真の設置、理学療法、薬物整理)を中心に介入行った。
- 慢性硬膜下血腫がせん妄の原因となっている可能性も考慮し、穿頭ドレナージ術を施行した。
- 残念ながら低活動型せん妄の改善は認められず、その後肺炎を併発し永眠された。

Take home message

- 低活動型せん妄については、見逃しやすいという認識が大事
- 低活動型せん妄も予防および非薬物治療が重要
- 低活動型せん妄の薬物治療は十分なエビデンスがない