

## せん妄

東京医科歯科大学大学院心療・緩和医療学教授

松島英介

(聞き手 山内俊一)

---

せん妄について、原因・有病率・病態・診断・治療・予防などをご教示ください。

<石川県勤務医>

---

**山内** せん妄について、そもそもどういったものなのか、定義に近いあたりからご解説願えますか。

**松島** せん妄というのは、一番大事なところは、軽い意識障害があるということです。軽く意識水準が低下した状態で様々な精神症状が出現してくるのですが、それらを総称してせん妄といいます。

では、軽いといっても、どの程度意識が低下している状態かといいますと、これがなかなか難しく、いわゆる意識清明の状態から、意識がレベルダウンして、普通の呼びかけで目を開けるような、ごく軽い傾眠の状態までの間の意識水準を指します。それ以上、意識水準が低下してしまうと、せん妄の症状は出現してきません。

こうした意識水準のもとで必ず見ら

れる症状が幾つかあります。一つは、外界に対して十分な注意が向けられない。あるいは、集中できない。その注意を維持したり、ほかに向けたりということができないといった注意能力の障害です。

こうした注意能力の障害のほかにも、必ず見られるのが種々の認知機能の変化です。例えば、自分がいま置かれている状況に対する認識、つまり見当識とよくいわれますが、見当識が保たれていない。そのために、時間や場所、または人物に対する見当識障害が出現します。また、目的を持った行動を効果的に行うこと、私どもはこれを遂行能力といいます、その障害も出現してきます。

あるいは、考えがまとまらず、会話が支離滅裂になったり、考えが滞って

会話が緩徐になったりといった言語の障害とか、周囲の出来事を知覚して、その意味を正しくとらえることができない。そのために、誤解とか錯覚とか、あるいは幻覚、妄想などが出現します。さらに、知覚した、または自分が体験したいろいろな内容を覚えることができない、記憶と学習の障害なども見られます。

**山内** それだけでも随分多彩なのですが、実際にはさらにいろいろな精神症状も出てくるとみてよしいのでしょうか。

**松島** そうですね。多彩な症状が出てくるのですが、いまお話した注意機能の障害を含む認知機能の変化のほかにもよく見られるのは、例えば夜眠れない、または日中、眠くて仕方がないといった睡眠・覚醒リズムの障害、それから不安・焦燥感、あるいは恐怖、抑うつ、あるいは怒り、多幸感という場合もありますし、逆に無感情などのいわゆる感情の障害が出現してきます。

それから、活動量が増えて落ち着かなくなったり、あるいは逆に活動が減退して反応が鈍くなったりといった、精神運動性と私どもは呼んでいるのですが、こういう障害など、本当に多種多彩な症状が見られます。

**山内** お聞きいたしますと、いわゆる認知症とも少しかぶるような感じもいたしますが、診断はどのようになされるのでしょうか。

**松島** いまお話ししましたようなせん妄の定義というのが診断に結びついてきます。私どもがよく使っているアメリカ精神医学会の診断基準、現在はDSM-IVというものがあるのですが、それによりますと、いま説明しました注意能力の低下を伴う意識の障害があるということがまず第1です。そして2番目は認知の変化がある。この意識の障害と認知の変化という2つが診断の前提となっています。

そしてもう一つ、診断のために必要なのは、これらの障害が短期間のうちに出現するということです。すなわち、通常は数時間から数日で出現し、1日のうちでも変動がある傾向にあるということです。よく、朝は普通にお話していた患者さんが、夕方になるといろいろ多彩な症状を示してくるということが見かけられます。この変動があるというのは、認知症との鑑別診断のうえでも大切です。

といいますのも、認知症でも同じような、あるいはもっと重篤な、いわゆる認知の変化が認められるわけですが、認知症の場合は基本的にはせん妄のような短時間の症状の変動はありませんし、あるいは行きつ戻りつすることもなく、一方向に進行していくというのが特徴です。また、認知症では意識水準の低下も重篤になるまでは見られません。この辺のところが認知症とせん妄の鑑別というところで大事

になってきます。

**山内** 非常に幅広い疾患概念だなどという感じもいたしますが、これには亜型のようなものもあると考えてよろしいのでしょうか。

**松島** そこが重要なところであろうかと思います。このサブタイプ、いわゆる亜型を特定しなさいというのが、現在、草案の段階ですけれども、アメリカ精神医学会の新しい診断基準DSM-5に盛り込まれることになっています。

この亜型についてですが、せん妄というと、幻覚や妄想とともに興奮が出てきて、大声で叫んだり、あるいは点滴ラインを自己抜去したりして、治療に大きな支障を来す。そういう活動性の高い、過活動型のせん妄、活動がすぎるせん妄が中心に取り上げられ、典型的なのは心臓の手術などのあとに出現する術後せん妄があります。

ただ、一方で、例えばがんの終末期に出現してくるようなせん妄は、活動性の低い、低活動型のせん妄、低い活動型のせん妄と呼ばれるもので、症状は一般に、先ほどの過活動型と比べると逆で、無関心や注意の減退、あるいは発語が少なくなる、不活発になる、動作が緩慢になる、目がうつろになる、あるいは無感動などが挙げられています。

また、過活動型のせん妄と低活動型のせん妄が混在するような混合型のせん妄も見られます。

**山内** 低活動型というのは、うつ病に比較的近いような感じもありますので、鑑別も少し注意ということになりますね。

**松島** 先生が言われるとおりで、よく私どもが臨床現場で「低活動型のせん妄です」といわれてほかの科から紹介されてくる患者さんは非常に少なく、むしろ先生が言われた「うつ病です。診てください」というかたちで精神科に紹介されてくる患者さんが、実はよく診断してみると、せん妄、特に低活動型のせん妄が紛れ込んでいたということが見られます。

**山内** 病気の原因というのは最近少しずつわかっているのでしょうか。

**松島** 実は、せん妄というのは一つの要因ではなくて、様々な要因が関与して起こるといわれています。一般的にはこれを3つの要因に分けています。1つは準備因子、2つ目は誘発因子、そして最後に器質因子、これは直接因子ともいえますけれども、この3つの要因に分けられます。

準備因子というのは、身体的あるいは精神的な脆弱性、つまりせん妄の起こりやすい背景があるということになります。例えば、高齢者、脳の器質疾患や認知症があったり、あるいは慢性の腎臓、心臓、肝臓、または肺の疾患を持っていたり、あるいはせん妄の既往があるなどです。

また、2番目の誘発因子とは、環境

の変化やそれに対する心理的反応を指します。例えば、集中治療室での環境、ここでは感覚遮断や過剰な感覚負荷などが見られます。それから、睡眠の剝奪、安静臥床を強く強いられたり、そのほかの心理的ストレスなどが挙げられます。

**山内** あと器質的な因子というものもあるということですね。

**松島** そうですね。これがせん妄の直接的な原因になってくるので、直接因子とも呼ばれるわけですが、これには薬物と種々の身体疾患があります。例えば、よくあるのは副腎皮質ホルモン、抗コリン薬、オピオイドなどの鎮痛薬、リドカインなどの抗不整脈薬、抗がん剤、また私どももよく用いているのですが、ベンゾジアゼピン系抗不安薬や睡眠薬などを含む向精神薬などの薬物がせん妄の原因になるといわれています。

もう一つは身体的な要因でありまして、例えば代謝性の障害、循環動態の障害、呼吸障害、感染症、急性の脳障害、さらにアルコールまたは鎮静睡眠薬の離脱症状など、そして栄養不良やビタミン欠乏などもせん妄の原因になるといわれています。

**山内** 非常に多彩ということですね。有病率はわかっているのでしょうか。

**松島** 入院患者さんではだいたい10～30%くらいはせん妄が見られるといわれていますが、年齢や、もともと

の病気の経過あるいは重症度といったものによっても有病率が異なってきます。例えば、入院中の高齢者では10～40%くらい見られるといわれていますし、手術後は50%くらいの患者さんが、軽いものも含めると、せん妄を起こすといわれています。あるいは、臨死期、すなわち死に近い終末期の患者さんでは80%近くにせん妄が起こるともいわれています。

**山内** 病態はまだはっきりしていないのでしょうか。

**松島** 脳の病気ですので、きちんとした病態が解明されているわけではありません。様々な要因によって、最終的には脳内の神経伝達物質のバランスが崩れ、そしてシナプス間の伝達がうまくいかなくなっている状態であるというふうに考えられます。神経伝達物質の中でも、特にアセチルコリンやドーパミン系の活動の亢進あるいは低下が関係していると考えられます。

**山内** 最後に治療ですが、これはいかがでしょう。

**松島** 治療のところに結びついてくるのは、先ほどの要因のところでは挙げたようないろいろな因子です。そして、治療でまず大切なことは、先ほど挙げた器質因子、直接因子ともいいますが、これらを検索することです。何が原因になっているかをいろいろと同定するということになります。そして、もしこれで主な原因がわかれば、その原因

に対して対応するということになりません。

例えば、血圧を正常化させる、あるいは適切な酸素供給をする、脱水とか電解質のバランスを補正する。あるいは、薬が原因だった場合には、ステロイドにしる、オピオイドにしる、そういう原因の薬物の減量や中止、特にオピオイドによるせん妄が疑われたときには、積極的にオピオイドローテーションを試みるのが大切です。

また、2番目に挙げた誘発因子の軽減も同時に行う必要があります。例えば、十分な睡眠の確保や、できれば、本人の意識レベルが高いときに病状の説明をするということも、本人の不安を和らげる要因になります。そして、照明の調節ですとか、もともとめがねや補聴器をされている方でしたら、そういうものを使って感覚刺激の調整をするということが大事です。

あるいは、プライバシーの確保、本人の意思を尊重するというのも大事ですし、それから家族の面会を増やしたり、あるいは本人が自宅で使用していた、いろいろな愛用品、そういうものを持ってきて、患者さんのそばに置いてあげて、患者さんの親しみやすい環境を整えるということも、とても大事です。

その際、特に患者さんの行動の危険性を評価して、例えば先ほど言ったように、興奮したりしますので、周囲に

何か危険物などがある場合は撤去して安全性を確保するというのも必要になってきます。さらに、患者さんの近くにカレンダーとか、あるいは時計などを置いて、常に見当識を正すような、そういう助けをするということも大切になってきます。

**山内** このあたりは予防も兼ねてという感じになりますね。

**松島** そうですね。これが予防へとつながってきます。

**山内** 最後に、もしこういった非薬物的介入で改善しないとき、抗精神病薬、このあたりはいかがなのでしょう。

**松島** 先ほどありましたように、せん妄というのは、過活動型のせん妄と低活動型のせん妄があります。これによって若干使う薬が違ってきます。ただ、いずれも抗精神病薬、いわゆるもともとは統合失調症の患者さんに使うような薬を中心として使います。

その際、患者さんが経口ができる場合、薬を口からのめる場合は、過活動型せん妄に対してはリスペリドンですとかクエチアピン、ペロスピロン、オランザピンなどを使いますし、また低活動型のせん妄に対してはアリピプラゾールなどを使用します。

一方、これはけっこう多いのですが、なかなか口からのめないという患者さんには、ハロペリドールの点滴がよく用いられます。

ただし、これら、今言った抗精神病薬はいずれも適応外使用になります。

**山内** どうもありがとうございました。

