

## 術後急性期の視点から考えるせん妄のとらえ方

小野 博史 兵庫県立大学看護学部基礎看護学 助教

キーワード：術後せん妄, 精神機能, 覚醒, 認知, リカバリー

ここでは、術後急性期に生じるせん妄に焦点を当てながら、覚醒機能と認知機能という2軸を用いたせん妄のとらえ方について概説するとともに、先ほど提示された事例に対して、私が考える急性期ケアの視点から分析した内容を提示する。

### 意識の深さとひろがり

意識は「覚醒水準」と「認知内容」で構成される(清水, 2000)。せん妄とは、変容性を伴った軽度の意識障害であり、覚醒水準が低下した状態(低覚醒状態)の遷延に伴い、注意機能が低下し、認知内容に影響を及ぼす病態である。覚醒水準は、意識レベルや覚醒レベル、覚醒度などとも呼ばれ、臨床でよく使われる Glasgow Coma Scale: GCS も覚醒を評価する尺度のひとつである。意識障害と同じように覚醒水準が著しく低下する状態として、睡眠状態があげられる。睡眠とはレム睡眠とノンレム睡眠の繰り返しによる生理的な意識混濁状態のことであり、適切な刺激を受けることでその状態から脱却し、適切な覚醒水準を維持することができるものである(清水, 2000)。臨床で時折、手術直後の意識が低下した状態にある患者に対して、「眠っている」というアセスメントが行われる場面に遭遇するが、刺激を受けて一時的に覚醒しても、その覚醒水準を維持できない状態は睡眠ではなく意識障害である。

認知内容は、その人が知覚した情報をどのように認識しているかという、その人の内面世界の在り方のことである。覚醒水準を意識の「深さ」のようなものととらえた場合に、認知内容は意識の「ひろがり」ととらえることができる。せん妄の評価としてよく使われる「見当識」などは、この意識のひろがりに該当する。一般的に、覚醒水準が上がるほど、外界の情報が反映された内容として状況が認知されるようになる。意識障害をアセスメントする際にはこの2軸にそって総合的に考えることを求められるが、意識という用語からは覚醒水準のみを連想する人も多いため、本稿では、ヒトが持つ覚醒機能(どれくらい適切な覚醒状態を保つことができるか)と認知機能(どれくらい適切に状況を認識する

ことができるか)を合わせて、精神機能と呼称する。

### 手術後の精神機能を評価するという視点

手術後の精神機能の特徴として、手術前に有していた機能が人為的な身体外傷(手術侵襲)に伴う生理的変化を契機として低下し、時間をかけて回復することが挙げられる。手術後の身体機能の回復について、Moore の分類(Moore, 1959)では、傷害期、転換期、筋力増強期、脂肪蓄積期の4相を経て手術侵襲から回復するとされているが、精神機能にも同様な回復のプロセスが存在している。手術侵襲からの回復に要する時間は、手術の種類(術式)、執刀医が持つ技能などの個別要因、手術中や手術後の管理方法(例えば麻酔薬や鎮痛薬の種類や量など)が関係するため、一概には説明できないが、実際には所属先の医療施設において、その根拠は説明できなくても、「通常、この手術を受けた患者であればだいたいこのくらいの時期にはこれくらいの状態になっている」というような感覚を持ち合わせている臨床家も多い。さらには患者個別の事象として、手術前の患者自身が持つコンディションや、術後合併症も回復プロセスに大きく関与する。おそらくこのような患者個別の事象は、医療者には「通常の回復からのずれ」として認識される。

私は、術後せん妄をアセスメントする際には、患者の精神機能が手術後の機能低下状態からどの程度回復しているのかという視点が大切であると考えている。その際に回復のベースラインとなるのは患者の手術前の精神状態である。癌切除術のような予定手術の場合、手術前の精神機能は比較的よく保たれていることが多い。しかし、たとえば重度の心不全患者が心臓手術を受けるような場合には、手術前から相応の身体負荷が生じ、すでに精神機能が低下していたり、「術前せん妄」状態であったりすることも想定される。その場合には、状態が悪くなる前の様子を家族から聴取し、ベースラインとして推測することも重要となる。ベースラインは加齢に伴って低くなり、認知症を抱えるような方であればさらに低くなる。家族から十分な情報が得られない場合には、年齢や器質的な脳機能低下の有無も検討しなが

ら、現状よりはよくなるという前提でベースラインを想定しておくべきである。

### 手術後における精神機能の状態アセスメント

手術前にベースラインのアセスメントを行った後、手術後に行うアセスメントとして、まずは手術中に加わった侵襲の程度を把握することからはじめる。基本的に、侵襲が大きければ大きいほど身体機能の回復は遅れるため、精神機能の回復にも時間がかかると考えるべきである。逆に静脈麻酔下で行われる血管造影検査などのように侵襲が著しく小さい場合は、数時間もあればベースラインまで回復することもある。侵襲の評価方法としては Acute Physiology And Chronic Health Evaluation score: APACHE スコア (Knaus, 1985) や Systemic Inflammatory Response Syndrome スコア: SIRS スコア (The ACCP/SCCM Consensus Conference Committee, 1992) などが挙げられるが、臨床的には C-Reactive Protein: CRP のピークアウトなどから簡便的に評価していることも多い。

手術中は全身麻酔によって意識が消失させられるため、手術後の精神機能は意識がない状態を始点として、ベースラインを終点とした回復のプロセスとして評価する。麻酔から覚醒して人工呼吸器から離脱する際には、まず中枢神経系機能の異常が生じていないかどうかを確認される。この時点で覚醒が得られないなどの状況が見られた場合には、手術によって脳に器質的な損傷が生じた可能性も考慮されるため、精密検査が必要となる。人工呼吸器からの離脱直後は、麻酔薬の影響も強く残っており、この時期に生じるせん妄は特に「覚醒時せん妄」と呼ばれる。覚醒時せん妄はその日のうちに消失するとされているが、大きな手術の場合にはその後も侵襲負荷が残り、低覚醒状態が遷延し続ける。

重症身体管理が必要となるような術式であれば、このような低覚醒状態は少なくとも数日単位の時間をかけて、ゆっくりとベースラインへ回復していく。また、対象によってはベースラインまで回復する前に転院や自宅退院などの転帰を迎えることも考えられる。

回復を評価する際には、まず覚醒機能をアセスメントし、その後に認知機能をアセスメントするとわかりやすい。

### 事例の分析

#### 1. ベースラインの想定

事例の A さんの場合、入院時の様子からは薬の飲み忘れがあり、発言上はそのことを自覚できていない（もしくは

「飲み忘れの自覚」を秘匿している) 様子が伺われる。その他の個別的な要因として、血液データからは明らかな臓器不全や栄養失調状態は見受けられない。軽度の認知機能の低下が推測される状況ではあるが、娘から骨折をする前の情報は得られず、A さんの飲み忘れは骨折の侵襲による精神機能の低下が影響して生じた可能性も否定できない。ベースラインとしては「内服が自己管理できる程度」の精神機能として想定する。内服が自己管理できるような状態とは、覚醒機能が適切に保たれた上で、「自分が決められた時間帯に薬を飲まなければならない」という認識を保持し、時間の見当識を伴った行動ができるということである。

#### 2. 手術侵襲の程度

手術後のアセスメントとして、SIRS の基準に照らし合わせると、呼吸数の情報はないが、息切れのような様子は見られず、該当項目は脈拍の 1 点だけとなり患者の状態は SIRS ではないと考えられる。また、手術時間や出血量も平均的であり、身体機能の回復は通常の範囲内で進むと想定される。

#### 3. 精神機能の状態アセスメント

覚醒機能として、「14 時に帰室して以降 20 時までには眠っていることが多かった」という看護師のアセスメントがなされているが、これは睡眠ではなく、軽度の意識障害（いわゆる低覚醒状態）であると考えなければならない。6 時間眠っているような状態に見えた患者から聞かれる「いつも寝つきが悪くてね」という発言は、おそらく「眠い感じがするものの眠れず、起きようと思っても起きられない」という、軽度意識障害患者に特有の感覚を表出したものである。看護観的に 6 時間もの間を「眠っていることが多かった」とアセスメントしながらも、「寝つきが悪い」という発言からハルシオンを頓用することについて、それが入眠困難ではなく、意識障害の状態にあるとアセスメントすれば、ここでの眠剤の投与には検討の余地が生まれる。

認知機能として詳しいアセスメントは示されていないが、患者はウトウトした状態が 6 時間も続いた 20 時に「寝つきが悪くてね」と話している。おそらく 14 時に帰室してから 6 時間が経過したという認識はないと考えられる。それは時間の見当識が失われているということである。看護師から水分を促されて摂取していることから、この場面では自分が術後ケアを受ける状況にあると認識していたのかもしれない。しかし、その後再び覚醒水準が低下し、24 時頃に覚

醒が再び上昇した場面では、自分に術後ケアが必要であるという認識を失い、家に帰らなければならないと考え、邪魔な外転枕をはずして帰宅行動をとったとアセスメントできる。同様に、点滴ルートや尿道カテーテルについても自分の行動を邪魔するものとしか認識することができず、抜去行為に至ったものであるといえる。その後は一定の精神活動が保たれる覚醒水準で経過したため、天井の模様や椅子の上の衣類を何か怖いものと誤認しながら過ごし、朝方4時頃には再び覚醒水準が低下して、外部からは精神活動が観察できなくなったということになる。

翌朝は、繰り返し刺激を与えても適切に覚醒を維持して食事を摂取することができない状態であったことから、低覚醒状態が遷延していたとアセスメントすることができる。この場面は Japan Coma Scale: JCS であれば「JCS20」の意識レベルである。もちろん、手術後の早い時期に食事摂取を開始することはリハビリテーションとして大切なことであるが、食事時間であると認識して摂取しようという意思を持つことが難しい状態において、体をゆすったりしながら介助して食事を促すという関わりは、誤嚥のリスクが高くなるだけでなく、「無理矢理に口に何かを詰め込まれた」というような形で、患者の認知内容に悪影響を及ぼすリスクもあり、もう少し覚醒水準が高まるまでケアを待ってもよかったかもしれない。患者の状態をアセスメントする上でここでも重要なことは、患者は眠いのではなく、軽度の意識障害状態にあるということである。たいていの人間は、例え熟睡状態であったとしても口腔内に絶えず食物が詰め込まれたら、外界が認識できる程度に覚醒し、状況を確認し、そしておそらく怒り出すものである。そのような反応もなく、食事介助の合間で意識が落ちてしまうこと自体が、意識障害であると判断できるであろう。

清拭を受けている間もわずかに開眼する程度であったということは、その後も低覚醒状態は遷延し続けていたということである。昼食時には声掛けで覚醒し、食事を半量ほど自己摂取できたことから、一定の覚醒水準を維持し、食事を食べる状況であるということ認識して行動していたものと考えられる。その後はぼんやりとテレビを眺めながら看護師と穏やかな口調で会話する様子が見られており、覚醒水準を安定させ、安心な状況であると認識して過ごせたとアセスメントできる。しかし、その直前までゆすっても覚醒しないような状態であったことを考慮すると、認知機能の側面からは、状況をよく認識して能動的にテレビや看

護師から情報を取得し、必要な意思表示を行っていたのではなく、よくわからないままテレビに視線を向けたり、あいさつに自動的な返答をしたりするような状態であった可能性も考えられる。

15時頃には再留置していた点滴を抜いてしまい、「家に帰る」と端座位になっており、行動可能な程度に覚醒水準を保ちながら、安全な環境で治療を受けているという認識を失い、「ここにいてはいけない」という認識を持って邪魔な点滴を抜き、端座位になったものといえる。

### 事例の分析から見えてくること

せん妄という視点で考えると、手術当日の24時頃と翌日の15時頃のAさんはせん妄状態であったと推測することができる。それではその合間のAさんの状態はせん妄ではなかったのかと問われれば、判断に迷う面もあるのではないだろうか。「せん妄かどうか」という視点で捉えようとした場合、どうしても医療者や周囲の人にとって「困ることかどうか」という評価者のバイアスが入ることも多い。また、「ひとは、昼間は覚醒して夜間は眠るものである」といった観念や、日勤帯と夜勤帯におけるマンパワーの違いなども「せん妄かどうか」という判断に影響することになる。それは例えば、昼も夜も変わらずウトウトしている状態に対して、昼間は「しっかりと覚醒できないAさん」、夜間は「しっかりと眠れないAさん」というように、知らず知らずのうちに看護師が感じてしまうということである。そして、マンパワーの少ない夜間に活動するAさんを「いうことを聞いてくれない、せん妄のAさん」として決めつけてしまう可能性があるということである。

精神機能という視点から考えると、Aさんは一貫して低覚醒状態にあったと評価することができる。その状態において、精神活動として得られる「いつも寝つきが悪いのよね」という認識や「早く家に帰らせて!」のような認識の「違い」に焦点を当てることができれば、患者の行動の意味が見えてくる。患者の行動に対して「せん妄」というラベルを貼って終わりにするのではなく、そこにどのような意味があるのかを考えることができれば、必ずなんらかの看護ケアが生み出されるはずである。それは、患者の問題行動を抑止するというアプローチではなく、患者の精神機能を向上させるアプローチになると考える。

例えば、24時の不穏な様子が見られた場面では、せん妄という視点からとらえると、外転枕を外して繰り返し起き

上がろうとし、カテーテル類を自己抜去してしまうという「問題行動」として描写される。そうなる、ケアの方向性は患者が安静を保ちカテーテルを抜かないことに焦点が当たってしまう。これを精神機能の視点からとらえると、低覚醒に伴って認知機能が低下した状態で、自分が置かれている状況について考え、状況がよくわからないことで不安が高まり、夫がそばにいないと認識し、結果として夫のもとに行くという行動が生じたとアセスメントできる。その文脈では、引き留める看護師は自分の目的遂行を妨げるものでしかなく、カテーテル類も自分の動きを邪魔するものでしかなくなり、何とかしてその難局を乗り越えようと無理に覚醒を上げ、患者は興奮状態へと陥っていく。Aさんは「お父さんが呼んでいるのよ」と自分が考えていることを教えてくれている。ケアの方向性として、どうすれば「お父さんのことは気にせず、自分はいまのまま過ごしてもよい」と認識できるかということに焦点を当て、精神機能が低下して状況の理解が難しくなっているAさんに対して、どのように関われば「安心」を提供することができるのかについて考えればよい。今に至る文脈が失われているAさんに、いきなり手術を受けたことを説明しても混乱してしまうかもしれない。例えば、まずは動じない態度で、穏やかな表情でAさんのそばに寄り添い、「私はあなたの味方である」というメッセージを送り、看護師として患者に信用してもらったところから始めてみる。そして、Aさんが看護師に関心を向けてくれれば、Aさんがどのような認識をもっているのかを聞いてみる。キーワードは「お父さん」であり、「お父さんのことが心配なの？」と聞いてみてもよいかもしれない。そこでAさんが考えている何かを教えてくれれば、ひとつひとつ丁寧に誤解を紐解いていく。看護師との関わりを通して、現在の文脈として自分の置かれた環境が安全であると感じてくれたと判断できれば、「実は手術を受けた後である」と伝えてみてもよい。そして自分で状況を打開しなくても「今のまま過ごしてもよい」ということがわかれば、患者が不穏に陥ることはないであろう。

## 最後に

精神機能の回復の視点からアセスメントするならば、Aさんは外界を認識できるだけの覚醒水準をほとんど保てない状況から、手術翌日のお昼を境として覚醒水準が上昇し、外界を認識しはじめている段階である。おそらく見当識もま

だ安定していないであろう。この後、患者の覚醒状況に合わせて、少しずつ状況認識を積み上げていくようなケアを展開することができれば、精神機能の回復が促進され、患者の自律性が取り戻されていくといえる。

## 文献

- Members of the American College of Chest Physicians/Society of Critical Care Medicine Consensus Conference Committee. (1992). American College of Chest Physicians/Society of Critical Care Medicine Consensus Conference: definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis. *Crit Care Med*, 20, 864-874.
- Moore FD. (1959). *Metabolic Care of the Surgical Patient*. Philadelphia: Saunders.
- Knaus WA, Draper EA, Wagner DP, Zimmerman JE. (1985) APACHE II: a severity of disease classification system. *Crit Care Med*, 13(10), 818-29.
- 清水順三郎. (2000). 新版看護学全書第 36 巻 精神看護学 2. 東京メヂカルフレンド社.