

# 急性大動脈解離患者の安静期間におけるせん妄評価と状況説明

キーワード：せん妄・患者説明用パス表・CAM-ICU

1 病棟 3 階西

清水恵子 福本従子 野村清郁 水本麻美 土屋早織 宇都宮淑子

## I. はじめに

A 救命センターには年間 10 名程度、急性大動脈解離（以下 AAD）で保存的療法となった患者が入室している。A 救命センターでは、医師とともに作成したクリニカルパスに基づいて治療、看護を行っている（図 1）が、過去一年間で AAD の保存的療法となる患者の 86% は安静度の不遵守などのせん妄を発症していた。So らは心筋梗塞患者のせん妄発症率が 9.7% であったのに対し、AAD 患者では 60% であったと述べており<sup>1)</sup>、他の循環器疾患と比較しても、せん妄発症率が高いことがわかった。その原因の一つとして、長期にわたる厳しい安静と、生理学的観点から降圧治療による脳血流の低下や低酸素血症などが示唆されている<sup>1)</sup>。せん妄を発症することで安静度が守れず、点滴ライン類の自己抜去が起き、降圧剤の適切な投与が出来ないため血圧上昇し、重篤な合併症を起こす可能性が高まる。

せん妄発症の 12 要因のうち、「点滴ライン類の挿入」、「治療のため安静を強いられている」、「緊急入院」、「何らかの不安がある」、「不眠や昼夜逆転などの睡眠障害」<sup>2)</sup> に着目し、これらの説明を繰り返し、状況認知を促すことで、せん妄を予防する手段の一つになるのではないかと考えた。

そこで、今までのクリニカルパスを基にした患者説明用パス表（図 2）を作成し、それを用いて入院時からオリエンテーションを実施した。加えて、CAM-ICU を用いたせん妄モニタリングをし、患者の状態に応じた介入を行った。

その結果、患者が解離腔の進行などの重篤な合併症を起こさず安静期間を過ごすことができ、せん妄評価と状況説明の大切さを学んだので、その 2 症例を振り返り報告する。

## II. 対象

対象期間は安静度制限がある AAD 発症から 8 日目までとした。対象患者は平成 21 年 9 月～11 月末までに A 救命センターに入室した AAD の保存的療法患者のうち、2 名とした。

## III. 方法

- 1) 患者説明用パス表を作成し、病態の説明を加えて患者説明用パンフレットとした（図 3）。それを用いて入院時と安静度が拡大する毎に患者に対してオリエンテーションを実施した。
- 2) CAM-ICU を定時の 7 時、10 時、15 時、17 時、21 時、変化があると感じた時に評価した。
- 3) せん妄を発症したと判断する項目として
  - ① 安静度の不遵守がある
  - ② 点滴ライン、カテーテル類の自己抜去がある

### ③ CAM-ICU 上で変化がみられる場合

以上の 3 点のうち、どれか一つでも当てはまればせん妄を発症したとした。

## IV. 倫理的配慮

データ収集時は個人情報特定されないよう記号化して集計し、得られた情報は本研究以外には使用しないようにした。また、データ収集用の書類は研究終了後シュレッダーにかけ破棄した。また、山口大学医学部附属病院医薬品等治験・臨床研究等審査委員会に症例報告として報告した。

## VI. 結果

1 例目の患者は 60 代男性、早期血栓閉塞型であった。喫煙歴があり、入院日の血清 CRP 値は 2.03 であり、せん妄発症のリスクが高かった。腰部痛があったが、適宜鎮痛剤を使用し、効果がみられていた。この患者は酸素化が不良であり、入院 2 日目から主治医の許可のもとで他動的に腹臥位も取り入れており、クリニカルパスよりも安静度の拡大が早かった。①安静度の不遵守はなく、②点滴ライン、カテーテル類の自己抜去はなかった。③ CAM-ICU 上も変化がなかった。以上より、活発型せん妄も不活発型せん妄も発症しなかった。入院 10 日目で解離腔の血栓化が完了したため、一般外科病棟へ転棟した。

2 例目の患者は 80 代男性、早期血栓閉塞型であった。喫煙歴があり、入院 2 日目から 2.76 へ上昇しており、せん妄発症のリスクは高かった。安静臥床による背部痛の訴えがあり、適宜鎮痛剤を使用し除痛を図った。①入院 2 日目は医師の指示で他動的側臥位 30 度まで可能であったが、起き上がりがみられ安静が守られなかった。②点滴ライン・カテーテル類の自己抜去はなかったが、ルート類を引っ張る等の行為があった。その都度、患者説明用パス表を使用し、安静の必要性や治療経過について繰り返し説明をおこなった。③ CAM-ICU 上では入院 1 日目の 14 時に RASS 0、CAM-ICU1/10 と変化が見られた。1 日目は患者の不眠の訴えがあったため、騒音への配慮、部屋を暗くするなど入眠しやすい環境調整をした。21 時には入眠したため、提示の CAM-ICU 評価は中止した。再び入院 2 日目の 21 時に RASS -1、CAM-ICU 1/10 の変化が見られた。その後、座ろうとするなどの起き上がりがみられ始めた。安静度不遵守が見られるたびに、患者説明用パス表を使用して安静度を説明した。また、パンフレットの文字が小さく、見えないことがあると言われたため、患者説明用パス表を拡大コピーして提示した。患者説明用パス表の改善をし、提示した後は、安静度の不遵守はみられなかった。

## V. 考察

今回の 2 例とも喫煙歴、高齢、血清 CRP 値の上昇が認められた。寺田らは、AAD 患者では加齢と血清 CRP 値上昇、喫煙がせん妄発症の要因になっている<sup>3)</sup>述べており、2 例ともこれらの条件を満たしていたため、せん妄発症のリスクが高い症例であった。せん妄には 2 種類あり、せん妄が行動に表れている「活発型せん妄」と「不活発型せん妄」に分類されている。不穏は失見当識がなく行動が活発になる状態であり、活発型せん妄とは異なる(図 4)。2 例目は 1 日目から CAM-ICU に変化があり、不活発型せん妄を発症していた。2 日目から点滴ライン、カテーテル類を引っ張る等の活発型せん妄もみられたが、結

果 2 例とも解離腔の進行などの重篤な合併症を起こすことなく解離腔が血栓化し、安静期間が終了する 8 日目には医師の許可のもと起立できた。

1 例目の患者は、腰部痛も少なく鎮痛剤で除痛できていたこと、呼吸状態の悪化から安静度の制限も通常の AAD クリニカルパスと比較して厳しくなかったこともあったが、患者説明用パンフレットを使用したことが状況認知につながり、せん妄を発症せず、安静度が遵守できたことに役立ったと考えられる。

2 例目の患者は高齢であり認知力の低下もあったため、安静度を忘れていたことも多かった。しかし、患者説明用パンフレットに強く興味を示しており、初回のオリエンテーション時から枕もとに置いて、時間があれば読んでいた。入院 2 日目から座ろうとすることもあったが、患者説明用パンフレットに沿って説明すると、入院中であり治療のために安静度制限があったことを思い出したという発言があり、臥床後しばらくは安静度を守られるという行動を繰り返していた。これまでは、看護師による口頭のみでの安静度説明であり、患者にとっては記憶が難しく、自主的に情報を得る手段がなかった。そのため、患者は状況認知ができにくく混乱し、せん妄を発症することが多かったとも考えられる。AAD では他疾患に比較して特に体動制限が強いため、指示の安静制限を特に意識づけるために安静度の経過を拡大した患者説明用パス表を作成し、患者が見たい時にいつでも見られるようにした。これによって、口頭のみでの安静度の説明よりも治療や日常生活の経過を聞くことに加えて目で見て知ることができ、治療の見通しを理解しやすくなるという利点があった。自らの意思で反復して認知することができたため、見当識を保つツールとなり、病気の受け入れや現状を認知する手助けとなったと

考える。

安静度不遵守やルートトラブルなどの、せん妄が行動に表れている活発型せん妄や不穏では、看護師も感知しやすく、対処することもできる。しかしせん妄が行動に表れない不活発型せん妄は見逃されていることも多い。2 例目の患者は入院 1 日目という早期から不活発型せん妄がみられ、それに対して入眠しやすい環境の提供や昼夜のリズムをつけるような介入をし、活発型せん妄の発症を予防する援助とした。CAM-ICU の継続的な評価により、看護師も見逃されていた不活発型せん妄や前駆症状を早めに察知でき、早めに対処することができたのではないかと考える。

## VI. 今後の課題

症例を重ね、せん妄の発症経過の評価を継続して行うこと、患者の安全、安楽な治療の提供やケアにつながるパンフレットの作成を課題とする。

## VII. 結論

患者説明用パンフレットを使用して繰り返し説明することで、患者の現状認知を助け、安静度の理解につながった。また、せん妄の継続的な評価により、見逃されていた不活発型せん妄にも早めに察知でき、対処することが出来たため、せん妄の重症化がみられなかった。その結果、2 例ともが重篤な合併症を起こすことなく解離腔の血栓化が完了した。

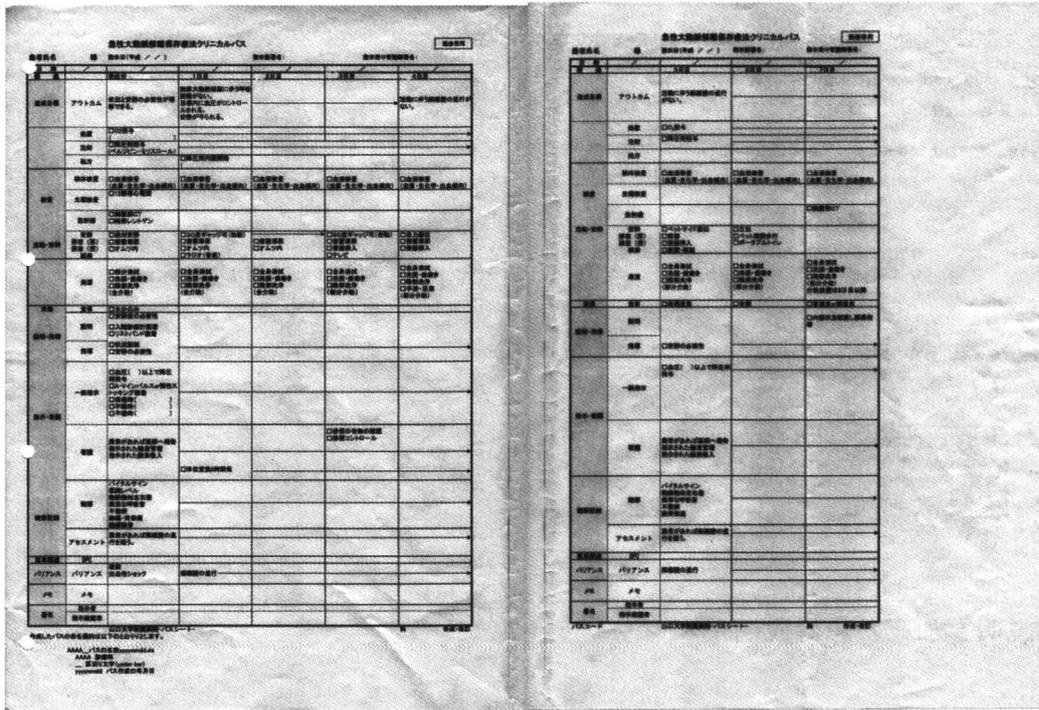


図 1 A救命センターで使用しているAADクリニカルパス

**急性大動脈解離の入院治療表 ( )さんへ**

経過	入院日	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目	8日目
食事	飲水のみ可能です ご飯は食べられません					お薬を飲みます 低濃度食が食べられます	全粥食が食べられます	普通食が食べられます
安静	ベッドの上で過ごします 体の向きは変えられません	ベッドの上で過ごします 看護師と一緒に体の向きを変えられます	看護師と一緒にベッド上で居られます	看護師と一緒にベッド上で居られます	看護師と一緒にベッド上で居られます	看護師と一緒に立つ事ができます		
排尿	尿の管を入れるので、 トイレに行く必要はありません							
排便	ベッド上で排便をします オムツ内にして下さい (看護師がすぐにきれいにします)			ベッド上で排便をします 蓋込便器を使用します				病室内でポータブルトイレを利用できます
身体 の清潔	お風呂には入れません 湿タオルで体を拭きます					手足が洗えます		

注：この表は大体の目安を示したものであり、患者様の病態によって変更する場合があります。  
詳しい内容は医師、または担当看護師にお尋ねください。

図 2 作成した患者説明用パス表 (患者説明用パンフレット裏)

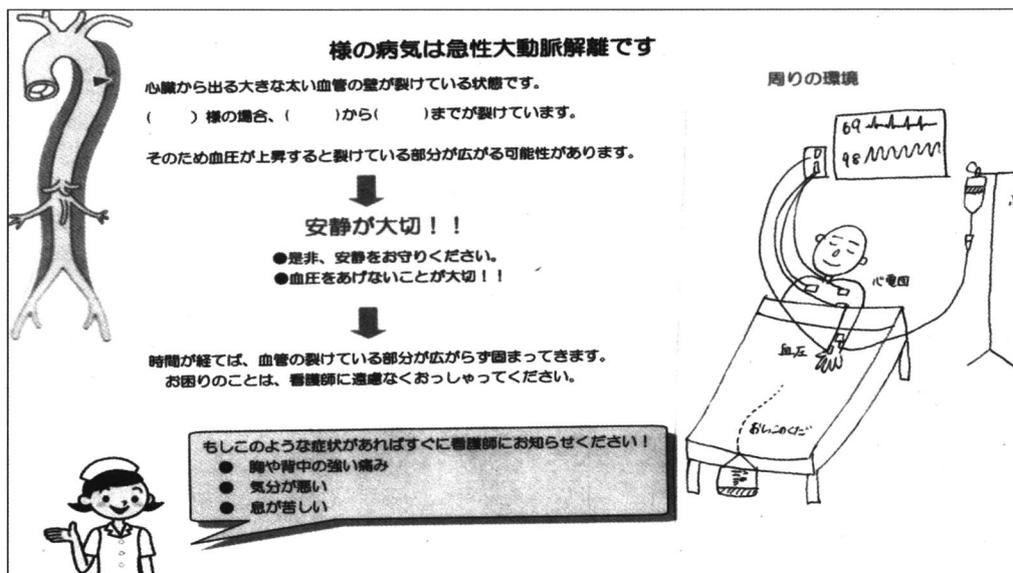


図 3 病態説明を加えた患者説明用パンフレット (表)

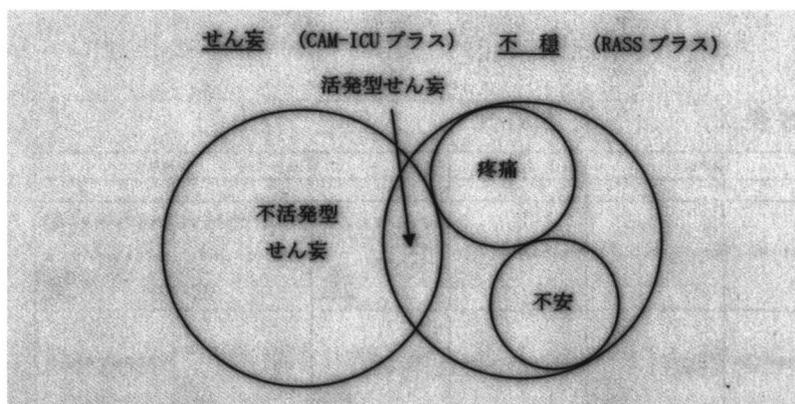


図 4 活発型せん妄、不活発型せん妄、不穏の違い

引用・参考文献

- 1) So T, Tanaka H, Tsuchiya K, et al: Influence of cardiovascular factors on the development of delirium after acute aortic dissection. Int MED J. 6, 113-117, 1999. .
- 2) 南川雅子, 太田喜久子: せん妄患者のアセスメントとケア, Expert Nurse, 16(7), 24-27, 2000. .
- 3) 寺田夏子, 山田恵美子, 柳館順子ら他: CCU 入室患者の疾患別にみたせん妄発症の要因, 成人看護学 I, 37, 6-8, 2006. .