

看護研究

持続鎮静管理の過程でせん妄を発症した患者との関わり

濱口 星奈

要旨：ICU入室中の患者の多くは人工呼吸器管理を行っており、持続鎮静管理下にある患者と関わる場面が多くある。今回は鎮静管理中から鎮静中止までの一連の過程における患者との関わりを振り返り、自分自身の看護について考察した。患者はA氏、50歳代の女性。急性硬膜外血腫で手術後にICUへ入室する。手術当日に抜管の方向となり鎮静管理が解除された。患者は鎮静中から意思疎通がはかれる状態にあり、抜管後は身体抑制を解除し経過を見ていたが、結果的にせん妄状態から胃管の自己抜去に至った。A氏は緊急手術により鎮静、挿管管理となった事で、自らの身に起きた事を理解するための十分な機会を奪われており、鎮静中止後の混乱からせん妄状態となり胃管自己抜去につながったと考えられる。持続鎮静管理において客観的な痛みやせん妄評価の必要性と、危機プロセスを考慮した患者の体験の理解、危機介入ケアの重要性が示唆された。

キーワード：鎮静管理、せん妄、危機対処、看護ケア

I. はじめに

当院救命救急センター、ICUは3次救急患者を受け入れており、挿管、持続鎮静下にある患者の看護は日常的である。また、診療報酬改定に伴いSAT（自発覚醒トライアル）/SBT（自発呼吸トライアル）加算が導入され、当院ICUでも浅鎮静管理、早期抜管に向けた取り組みを重視している。そのため、鎮静管理下にある患者との関わりの一場面を振り返ることは現状の鎮静管理や自分自身の看護について考察することにつながると考えた。

II. 目的

多くの鎮静管理下にある患者と日常的に関わっているが、鎮静管理の過程における関わりで自分の看護や対応が適切なのか考える場面が多い。そこで鎮静中から、鎮静中止後までの一連の過程を事例をもとに振り返り考察することで今後の自分の看護に生かすために本事例を振り返る。

III. 倫理的配慮

対象患者が特定されないように匿名性を保持し、記述に際しては個人の尊厳の保持に配慮した表現になるよう十分に留意した。

IV. 看護の実際

1. 事例概要

自転車を運転中に車との接触事故により転倒し、急性硬膜外血腫で入院となった50歳代女性（以下A氏とする）。血腫除去術を受け鎮静、挿管管理を継続し深夜帯にICUに入室となった。自身はA氏を日勤帯で受け持つことになる。フォローCTの結果出血の悪化はみられず、鎮静管理が解除となり抜管した。その際の意識レベルはGCS E3V4M6、RASS -2~-1と傾眠傾向にあり、場所は認識できていないが意思疎通は問題なくはかれる状況であった。挿管管理中は自己抜管の可能性があるため両上肢抑制を行っていたが、抜管後は身体抑制を解除し経過を見ていた。他患者の処置のためA氏の傍を離れた後、血圧上昇アラームがあり再度A氏を訪室すると胃管を自己抜去しているところを発見した。

2. 看護の実際

術当日、フォローCTで悪化がないことを確認後、医師の指示のもと鎮静剤投与を減量中止する。鎮静剤減量後は短時間で覚醒し、意識レベルは、GCS E3～4VtM6であり、質問に対しうなずきで応答があった。苦痛表情は強く次第に人工呼吸器への抵抗が強くなり、四肢の動きも活発で安静保持は難しい状況になっていた。この時点で呼吸器の設定や呼吸状態、意識レベルの面から抜管が可能な状況であると判断した。また、A氏の状況からも苦痛や人工呼吸器への抵抗が著しく、自己抜管の可能性もあると考え、患者の状況を医師へ報告し早期に抜管となった。抜管後の意識レベルとしては意思疎通もはかれる状況であり、「はい。場所は病院ですか。わかります。」などと話し、受け答えもしっかりしており明らかな不穏は見られない状況であった。

受け答えは問題ないため説明である程度は現状を理解でき、抑制が必要となるルート類抜去や危険行動は起こさないのではと判断し、抑制カンファレンスの結果、抜管のタイミングで上肢抑制を解除した。

A氏には点滴や胃管の存在を伝え自己抜去に注意するように話し、傍を離れても問題ないと考えたが、胃管を自己抜去するに至った。抜管後には、CAM-ICUなどせん妄状態の評価は行っていなかった。胃管抜去直後の患者の様子はベッドから体を起こし顔を歪め、動揺しているように見えた。自身は、なぜ自己抜去したのか、胃管自己抜去に至るまでのA氏の考えや、現状認識が適切に行えていない可能性と、A氏がどの程度現状認識を行えているかについて評価する必要があると考えた。そこで、「大丈夫ですか、胃の管が気になって抜いてしまいましたか。」と問いかけると「なんでかわからない。吐きそう。」などと、A氏自身もなぜ胃管を抜去したのか分かっていないような印象を受けた。その後の会話でも、「ここは病院。でもなんでここにいるのか。家じゃないのか。」など、つじつまの合わない発言もあった。振り返ると、A氏は、場所は何とか認識できている可能性はあるが曖昧で、自身の出来事を理解できずに混乱している状況であり、せん妄状態にある可能性が高いと感じた。しかし、その時は先立ってせん妄評価をおこなわず、抜管後、状態を把握できるだけの関わりも少ない状況でどうしてせん妄ではないと決めつけてしまったのか、もう少しコミュニケーションをとってればA氏の変化に気づけた

のではと後悔した。胃管が留置されている違和感もあったであろうが、自身のことを理解できない苦痛も合わさって、どうにかしようとした過程で胃管の自己抜去に至ったのかと考えた。胃管自己抜去後の対応としては、説明だけでは危険行動などを抑止できないと考え、ミトン抑制を開始した。また、胃管抜去の刺激で嘔気、嘔吐があり、この苦痛がさらにせん妄を助長させるのではと感じた。そのため、制吐薬の使用の確認と、体位の調整を行った。嘔吐誘発の可能性を考慮し胃管の再留置はせず、様子を見ることとなった。

V. 考察

1. 危機対処プロセスモデルによるA氏の体験の理解

まず、事例からA氏は意思疎通がはかれたが、混乱状態にあり正常に現状理解を行うことができない状況であったことが予想される。その理由としては原疾患である急性硬膜外血腫によるものに加えて、鎮静剤の影響や、せん妄など、いくつかの要因が複合していると考えられる。A氏の一連の出来事について、今回は主に山勢の危機対処プロセスモデルに沿って考察する。

山勢の危機対処プロセスモデルはショック性の危機にあるICU入室患者、または重症救急患者の危機の過程を模式化したものである。基本的概念として、受動的対処の段階、情動的対処の段階、問題志向的対処の段階、適応の段階の4段階で進行するプロセスモデルである。¹⁾ 山勢は受動的対処の段階は脅威的出来事の発生による衝撃の段階であり、入院から2日目あたりまでの時期であるといっている。口数が少なくじっとしていることが多く、治療をそのまま受け入れるような静かな印象があるとされており活発な行動を示す行為は少ないとされている。前段階まで平静で医療に協力的に見えていた患者の態度が徐々に不安定になってくる。A氏は急性硬膜外血腫のため緊急手術となり鎮静、挿管管理のままICUへ入室となった。入院2日目に鎮静管理が解除となり覚醒し始めたころは傾眠傾向であり、薬剤の影響や原疾患に伴う意識障害が出現している。そのため、受動的対処の段階にあると考えられる。

1) 危機介入ガイドライン

危機介入ガイドライン²⁾によると受動的対処の段階における関わりとしては以下の1~4が示されている。A氏の当時の状況について1~4に沿って記述する。

(1) 病状説明などの一般的オリエンテーション

A氏の来院時の意識レベルの詳細は不明であるが急性硬膜外血腫となった状況下で十分に病状説明を受けられる状況ではなかったと考えられる。さらに、緊急手術となり挿管、鎮静管理となったことで、A氏は自らの身に起きたことを理解する機会を奪われている。また、鎮静管理の解除後は先述したように、薬剤の影響下、原疾患やせん妄などの影響下で病状について十分に理解できる状態ではなかった。

(2) 患者—看護師間の信頼関係を成立させる(言語、非言語的コミュニケーション)

鎮静、挿管管理中はコミュニケーションがとれず、また鎮静を解除し抜管直後においては信頼関係を成立させるための十分な関わりや時間は不足していた。

(3) 明確な情報提供と行動指針の明示

術前の処置、検査などについては、緊急入院であり十分に理解できていなかったと予想される。

(4) 不安に代表される心理的苦痛への対応と共感的理解

A氏は、せん妄症状を呈していたことから、抜管前の覚醒時の身体的苦痛や、自分が置かれている状況や現状認識が十分にできない事などによる心理的苦痛があったことが予想される。A氏には鎮静剤を減量し、覚醒して不穏状態となった際に、術後であることや直ぐに抜管する予定であることは説明したが、苦痛が大きく理解できる状況ではなかった可能性もある。また、不穏の際や抜管後に、十分に時間をかけコミュニケーションをとることはできておらず、A氏の現状に対する共感的理解が不足していたと考えられる。

2. ICUにおけるせん妄評価

1) CAM-ICUによる継続的なせん妄評価の重要性

山勢は、せん妄状態に陥っている患者にはせん妄の評価を十分に行いながらモデルのプロセスを参考に用いるとよいとしている。ICUにおいてせん妄と

は急性の認知機能障害である。当院ICUでも、せん妄の評価、スクリーニングとして主にCAM-ICUというツールが用いられる。CAM-ICUは2001年にElyらが公表したものである。気管挿管・人工呼吸器装着患者を対象として作成されている。これは言語的コミュニケーションが取れない患者に対して使用できるよう工夫がされているということである。CAM-ICUは真の「せん妄」の患者を「せん妄」と判定する確率はほぼ100%である³⁾とされている。また、判定に要する時間も1~2分でありせん妄判定のスクリーニングとして有効であると考えられるが、事例では鎮静剤の減量を開始し覚醒しはじめた段階でCAM-ICUによりせん妄評価をおこなっておらずA氏がせん妄であるのか評価できていなかった。理由として、A氏の抜管前後は受け持ち患者の傍へ行けず、せん妄評価を行う時間を設けるだけの気持ちの余裕がなかったこと、A氏の状態から傍を離れても問題ないと早期に判断してしまったからである。仮に評価を行いせん妄であった場合は現状認識が不十分な状況であると判断して環境整備や身体抑制継続の評価、見守りの強化など対応ができていた可能性がある。また、低活動型せん妄は傾眠や活気のなさが見えるのみでありあまり注目されない。「不穏」が目立たないため見逃されやすく、例えせん妄と同定されても、危険行為などがみられないためになにもせず経過観察とされていることもある⁴⁾とされている。A氏は抜管前は挿管されている違和感や苦痛などから不穏状態にあったが、抜管後は傾眠傾向にあったことから混合型せん妄状態であった可能性がある。

2) せん妄に影響する鎮静剤

せん妄を起こす頻度として睡眠薬や鎮静剤の使用は比較的高い⁵⁾とされる。鎮静薬は基本的に脳内の神経伝達物質の放出や再取り込みを阻害するものであるため鎮静薬そのものが精神状態の変化をひき起こすと考えられる。最も、影響が強いとされているのはロラゼパムである(日本では静注薬の使用はなし)とされ、ミダゾラムやジアゼパムと同じベンゾジアゼピン系の薬剤であるが今回これらの薬剤はA氏には投与されていない。A氏に投与されていたプロポフォールやデクスメドミジン塩酸塩に関しては明らかにせん妄と関連するという結果は現時点で出ていないとされているが鎮静薬を増

量し意識レベルが低下すると形式上低活動型せん妄になるのでプロポフォールでも投与量が増量すればせん妄になりうる⁶⁾とされている。これらから A 氏にはせん妄をひき起こす薬剤的な要因が存在していたといえる。

3) ICUにおけるせん妄予防

先述してきたことから、患者自身がせん妄であったことが胃管の自己抜去に大きな影響を与えた1つの要因と考えられる。すなわち、せん妄予防が自己抜去の予防や身体抑制の回避につながると考える事ができる。せん妄のリスク因子をアセスメントし、予防に努めることは極めて重要で、修正可能な環境的・身体的要因を把握して積極的に介入する⁷⁾ともある。環境面では、ICUはオープン床であること、処置やモニターの照明に照らされたり、医療者の声も患者に届きやすい。身体面では、重症な疾患であることや、侵襲の高い治療を受けているなど、ストレスを受けやすい環境であるといえる。しかし、適切な照明、日中の活動性維持のために適度な刺激を与え睡眠サイクルを維持する、患者に定期的に時間や場所、日付を伝えることで認知面を維持するなど予防として介入できることはいくつもあると考えられる。実際に、当院ICUではせん妄予防として、見える位置にカレンダーを設置する、ラジオをかける、外の景色が見えるようベッドの位置を調整することなどが行われている。

以上より、ICUという特殊な環境に入室する患者にとっては鎮静、挿管の管理以前に入室時には危機に陥っている状態であると仮定して、まずは危機対処のどの段階にあるのか考える必要がある。鎮静管理された患者は、せん妄発症リスクが高いということも認識し、同時にせん妄の評価を行うことで、対象の置かれた状況を理解する事が鎮静管理の過程における患者との関わりで重要と考える。

Ⅶ. おわりに

今回は、急性硬膜外血腫で術後にICUに緊急入院となった対象の鎮静、挿管管理前後の関わりについて、主に危機対処プロセスを用いて考察を行った。ICUに入室する患者は超急性期であり、患者自身も自らの出来事を認識できないまま過ごしてし

まうことが多い。同時に看護者も患者の置かれた状況や患者に起こりうること、どのように関わるべきなのか十分に認識できないまま看護してしまうことがあるのではないかと感じた。安全、安楽な看護の提供のためには患者、看護者間の関係性の構築は必要不可欠であるが、鎮静、そして挿管下においては関係性の構築は不十分となりやすい。しかし、鎮静下においても、できる限りの患者との関わりの中で、まずは患者の置かれた状況を考え理解しようと取り組むことは看護師の役割であると考え、今後意識して取り組み、自身の成長につなげていきたい。

Ⅶ. 引用、参考文献

- 1) 山勢博彰, 救急・重症ケアに今すぐ生かせるみんなの危機理論, メディカ出版, p27, 2013
- 2) 山勢博彰, 救急・重症ケアに今すぐ生かせるみんなの危機理論, メディカ出版, p29, 2013
- 3) 卯野木健, ICNR せん妄のすべて, Vol 2 No.1, 学研, p10, 2015
- 4) 日本サイコオンコロジー学会, せん妄ガイドライン, p15, 2019, 2022/10/20
URL:http://jpos-society.org/pdg/gl/delirium/2-2_jpos-guideline-delirium.pdf
- 5) 厚生労働省, 重篤副作用疾患別対応マニュアル 薬剤性せん妄, p13, 2021, 2022/10/10
URL:<http://www.mhlw.go.jp/content/11>
- 6) 卯野木健, ICNR せん妄のすべて, Vol 2 No.1, 学研, p11, 2015
- 7) 布村明彦, メディカルスタッフレクチャー21 せん妄: 診断・予防・治療, p181, 2016
URL:http://www.jstage.jst.go.jp/article/jsnt/33/5/33_S181/_pdf