

平成25年9月19日 緩和ケア勉強会

なんだかおかしい？

それってせん妄

井上 真一郎

岡山大学病院 精神科神経科

精神科リエゾンチーム

岡山大学病院 精神科リエゾンチーム



いつもお世話になっております。

本日の内容

- ① せん妄のデメリット
- ② せん妄の症状と対応
- ③ せん妄の評価
- ④ せん妄の3つの因子とケア
- ⑤ せん妄における薬物療法

本日の内容

- ① せん妄のデメリット
- ② せん妄の症状と対応
- ③ せん妄の評価
- ④ せん妄の3つの因子とケア
- ⑤ せん妄における薬物療法

せん妄の何が問題か？

患者

- 危険行動による事故・自殺
- 治療選択に関する意思決定能力の低下
- 予後悪化との関連

家族

- 家族とのコミュニケーションの妨げ

医療
スタッフ

- 痛みなどの評価が困難
- 医療スタッフの疲弊
- 入院期間の長期化
- 医療コストの増大

など

Litaker et al., Gen Hosp Psychiatry, 2001
Lawlor et al., Arch Intern Med, 2000
Inouye et al., N Engl J Med, 1999

本日の内容

- ① せん妄のデメリット
- ② せん妄の症状と対応
- ③ せん妄の評価
- ④ せん妄の3つの因子とケア
- ⑤ せん妄における薬物療法

せん妄の症状とは

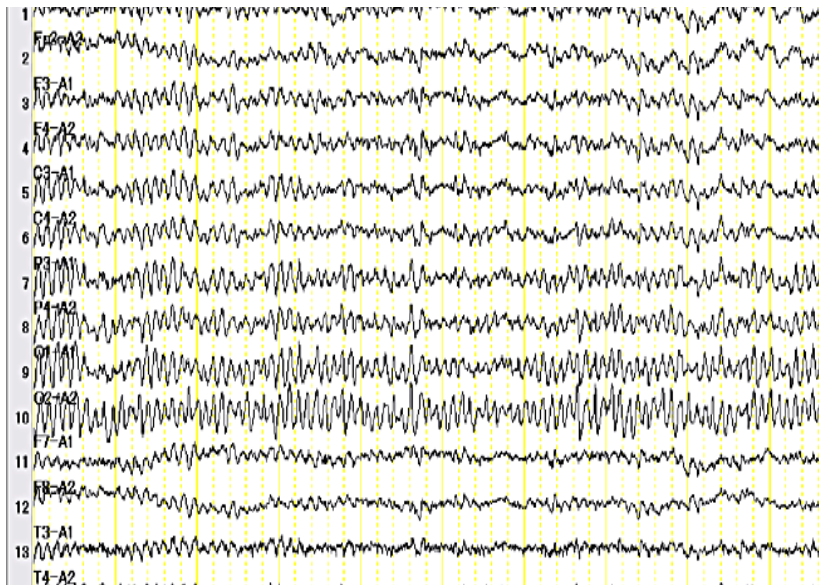


せん妄の診断基準

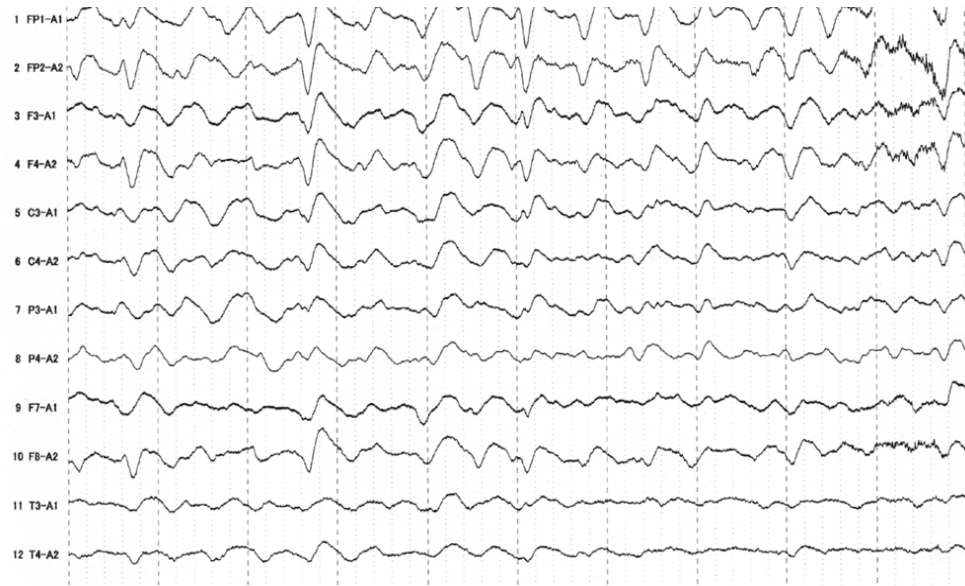
- A. 注意を集中し、維持し、他に転じる能力の低下を伴う意識の障害
- B. 認知の変化(記憶障害、失見当識など)、または認知症ではうまく説明されない知覚障害の発現.
- C. その障害は短期間のうちに出現し(通常数時間から数日)、1日のうちで変動する傾向がある.
- D. 病歴、身体診察、臨床検査所見から、その障害が一般身体疾患の直接的な生理学的結果により引き起こされたという証拠がある.

APA. DSM-IV-TR, 2000より一部改編

①せん妄は『意識障害』である！



正常脳波



せん妄脳波

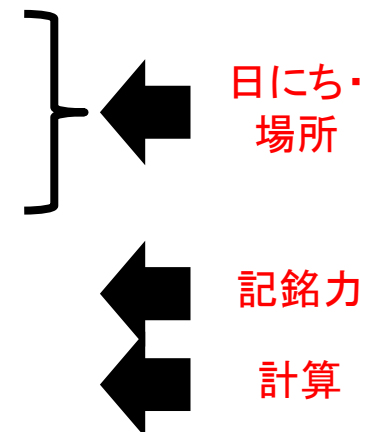
②せん妄は『認知機能障害・注意力障害』がある！

- 評価のしかた -

評価のしかた:MMSE(カットオフ 24点)

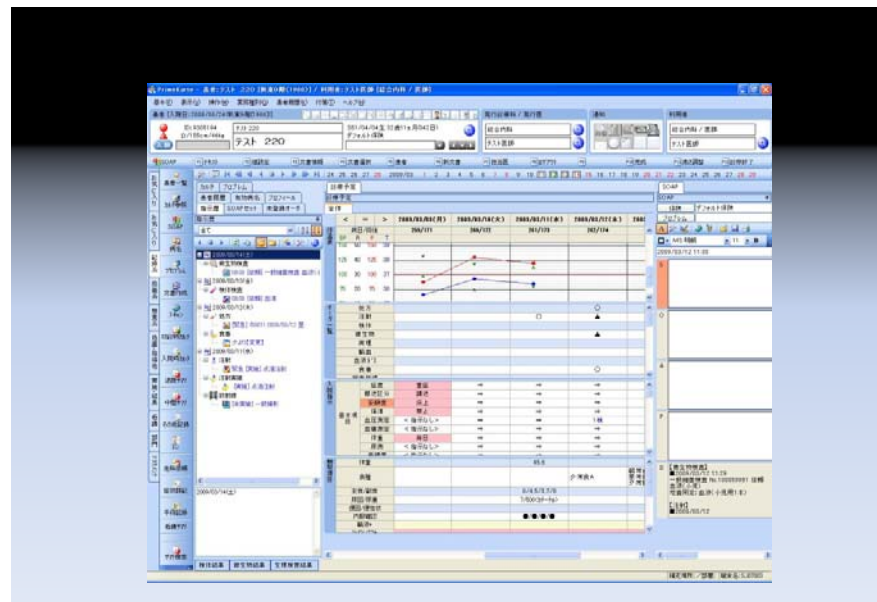
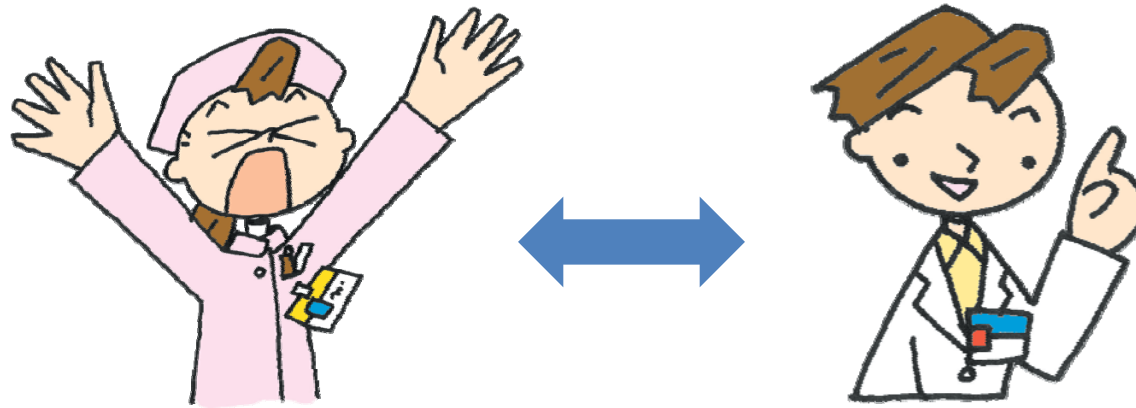
表. Mini-Mental State Examination (MMSE)

設問	質問内容	回答	得点
1 (5点)	今年は何年ですか 今の季節は何ですか 今日は何曜日ですか 今日は何月何日ですか	年	0 1
			0 1
		曜日	0 1
		月	0 1
		日	0 1
2 (5点)	この病院の名前は何ですか ここは何県ですか ここは何市ですか ここは何階ですか ここは何地方ですか	病院	0 1
		県	0 1
		市	0 1
		階	0 1
		地方	0 1
3 (3点)	物品名3個(桜、猫、電車) 《1秒間に1個ずつ言う。その後、被験者に繰り返させる。正答1個につき1点を与える。3個全て言うまで繰り返す(6回まで)》		0 1
			2 3
4 (5点)	100から順に7を引く(5回まで)。		0 1
			2 3
			4 5
5 (3点)	設問3で提示した物品名を再度復唱させる		0 1
			2 3
6 (2点)	(時計を見せながら) これは何ですか (鉛筆を見せながら) これは何ですか		0 1
			0 1
7 (1点)	次の文章を繰り返す 「みんなで、力を合わせて綱を引きます」		0 1
8 (3点)	(3段階の命令) 「右手にこの紙を持ってください」 「それを半分に折りたたんで下さい」 「それを私に渡してください」		0 1
			0 1
			0 1
			0 1
9 (1点)	(次の文章を読んで、その指示に従って下さい) 「右手をあげなさい」		0 1
10 (1点)	(何か文章を書いて下さい)		0 1
11 (1点)	(次の図形を書いて下さい)		0 1
得点合計			



← (重なり合う五角形です)

③せん妄は『日内変動』がある！



せん妄患者への対応と評価のしかた

⇒ DVDをご覧ください。

せん妄の新・診断基準

- A. 認識(awareness)のレベルと注意(attention)を向け、集中し、維持し、他に転じる能力の障害.
- B. 認知(cognition)の変化(見当識、遂行能力、言語、視覚認知、学習と記憶など).
- C. 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の直接的な生理学的結果により引き起こされたという証拠がある.
- D. その障害は短期間のうちに出現し(通常数時間から数日)、1日のうちでその重症度が変動する(fluctuate)傾向がある.

もし、すべての診断基準がせん妄に合致するのであれば、その現在の臨床的な状態または症状を特定せよ.

過活動型、低活動型、または混合型

短期間(short term) 対 遷延性(persistent duration)

せん妄のサブタイプの 具体的症状

過活動型 せん妄の症状	低活動型 せん妄の症状
<p>不眠 落ち着きがない 早口で大声 易刺激性 闘争的 焦燥 暴言 放歌 哄(こう)笑 非協調性</p>	<p>多幸 怒り 徘徊 動転しやすい 速い運動反応 注意散漫 脱線思考 悪夢 思考の偏り</p> <p>無関心 注意減退 発語が少なく緩徐 不活発 動作緩慢 目がうつろ 無感動</p>

低活動型せん妄はしばしば見逃される

対象別	研究数 (症例数)	低活動型	過活動型	混合型	なし
高齢者	14 (1595)	32% (13-46) >	25% (10-81)	28% (12-52)	15% (0-31)
がん/HIV	11 (865)	51% (10-84) >	31% (3-71)	15% (5-64)	3% (0-19)
コンサルテーション ーリエゾン依頼	6 (413)	15% (0-32) <	59% (36-79)	26% (15-48)	—

低活動型せん妄と患者・家族の苦悩

- 入院中にせん妄を発症し、完全に回復したがん患者101名を対象として、せん妄に対する苦悩を調査。
- 患者は低活動型せん妄であろうと、過活動型せん妄であろうと、その苦悩は全く同じであった。

せん妄とうつ病の鑑別について

せん妄とうつ病の鑑別はしばしば困難であるとされており、その理由は低活動型せん妄とうつ病において類似する症状が非常に多いことである。

低活動型せん妄とうつ病に共通した症状
活動性低下
不眠または過眠
集中力低下、注意障害
不安
無関心

Nicholas LM & Lindsey BA. Psychosomatics, 1995より一部改変

低活動型せん妄の評価

Communication Capacity Scale (CCS)

患者が周囲の状況を理解し、自らの意思を適切に伝える能力について評価する。

- 患者に眠気の有無・程度を質問する
⇒覚醒水準は保たれているか
- 「今日、一番辛いことは何ですか？」(Open-ended question)
⇒回答に的外れがないか、長引いたり中断はないか
- 「今、痛みはありますか？」(Closed-ended question)
⇒回答が適切かどうか
- 患者が自発的に話す内容を評価する
⇒辻褄は合うか、意味のある言語表現ができるか
- 「お腹(胸、手)を見せて下さい」と指示する
⇒自発的な運動を観察し、目的が明瞭か評価する

ほかに

* 見当識の確認

* 脳波検査

本日の内容

- ① せん妄のデメリット
- ② せん妄の症状と対応
- ③ **せん妄の評価**
- ④ せん妄の3つの因子とケア
- ⑤ せん妄における薬物療法

せん妄の評価ツール

ツール	スクリーニング	診断	重症度評価
Confusion Assessment Method (CAM)	○		
Delirium Rating Scale R-98 (DRS-R-98)		○	○
Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS)			○
Delirium Screening Tool (DST)	○		
Single Question in Delirium (SQID)	○		

看護師の経験に基づく評価は見逃しにつながるものが従来から指摘されている

Inouye SK, Foreman MD, Mion LC, et al.: Nurses' recognition of delirium and its symptoms: comparison of nurse and researcher ratings. Arch Intern Med 161 (20): 2467-73, 2001.

DST

Delirium Screening Tool

Delirium Screening Tool (DST) : せん妄スクリーニング・ツール

「A: 意識・覚醒・環境認識のレベル」: 7項目

現実感覚・活動性低下・興奮・気分変動・睡眠覚醒リズム・妄想・幻覚

「B: 認知の変化」: 2項目

見当識障害・記憶障害

「C: 症状の変動」: 2項目

発症パターン・症状の変動性

→ 観察形式のアセスメント・ツール

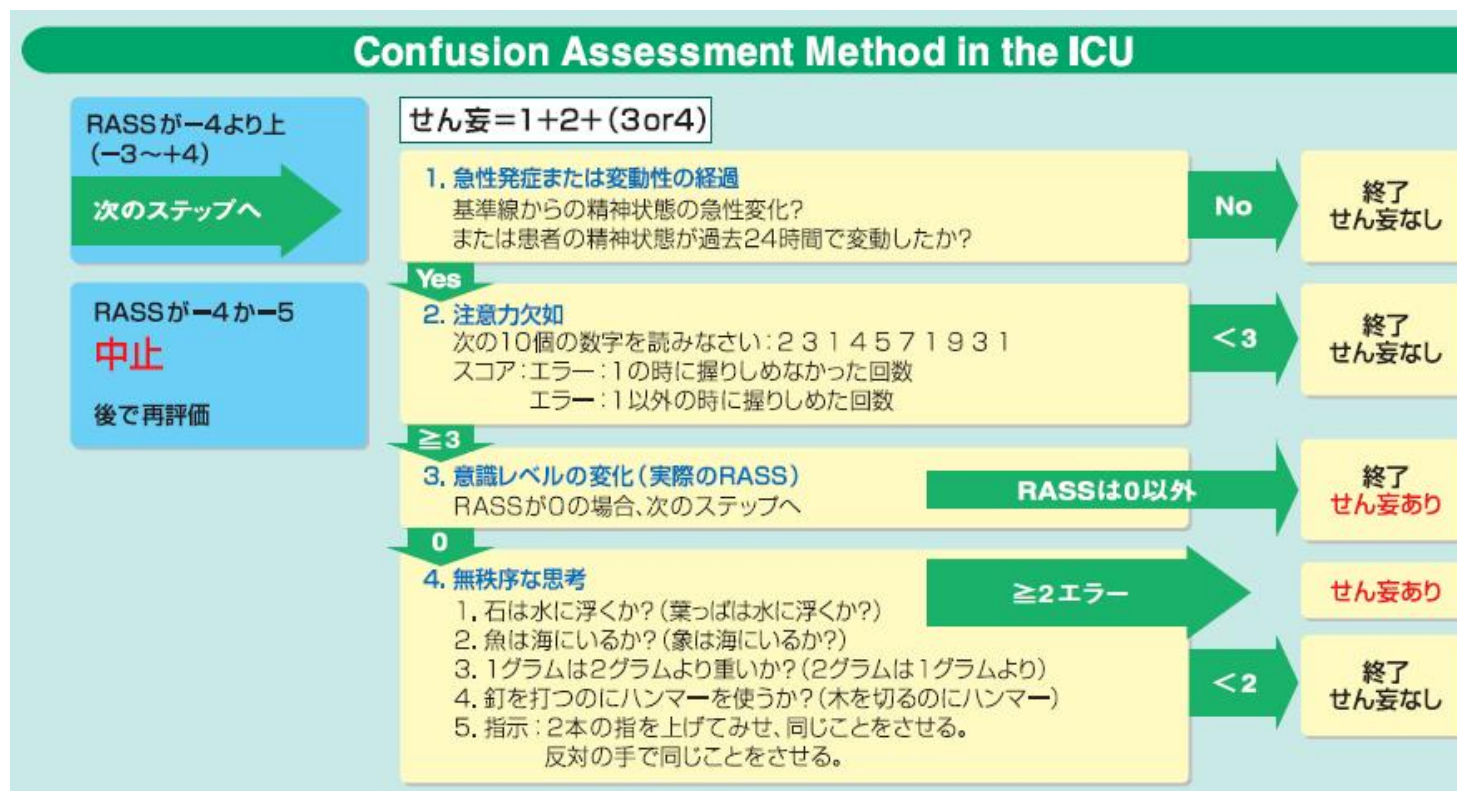
→ 各系列の下位項目が1つでも該当する場合はA → B → Cと進んで
チェック

しかし、最終系列Cで該当すれば「せん妄の可能性あり」

→ 感度・特異度とも高く、評価に要する時間は5分程度

CAM-ICU

The Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit



◎挿管や気管切開で発声できない患者にも使用できる

◎アセスメントをしたその時のせん妄の有無を評価できる

◎評価にかかる時間が短い(慣れれば5分程度)

Single Question in Delirium (SQID)

- 海外で使われているツール
- なんと、ひとつの質問 (Single Question) でせん妄のスクリーニングができる！
- その質問は・・・

(directed to the patient `s relative, or friend)

“Do you feel that (patient `s name) has been more confused lately?”

家族や友人に『●●さんは、いつもと違いますか？』と尋ねる

日本では妥当性など検証されていないが、その視点は重要！

本日の内容

- ① せん妄のデメリット
- ② せん妄の症状と対応
- ③ せん妄の評価
- ④ せん妄の3つの因子とケア
- ⑤ せん妄における薬物療法



せん妄の3つの因子

直接因子(ライター)

- ①身体疾患
- ②薬剤(副作用または離脱)
- ③手術

引き金になる



促進因子(油)

- ①身体的要因
疼痛・便秘・尿閉・脱水
不動化・ドレーン類・拘束
視力低下・聴力低下
- ②精神的要因
不安・抑うつ
- ③環境変化
入院・ICU入室・明るさ・騒音
- ④睡眠
不眠・睡眠関連障害

促進・遷延化させる

準備因子(薪)

- ①高齢
- ②認知機能障害
- ③重篤な身体疾患
- ④頭部疾患の既往
- ⑤せん妄の既往
- ⑥アルコール多飲
- ⑦侵襲度の高い手術の前

起こりやすい素因

準備因子について

準備因子=『せん妄の準備状態となる素因』

- ①高齡(70歳以上)
- ②認知機能障害
- ③重篤な身体疾患
- ④頭部疾患の既往(脳梗塞・脳出血・頭部外傷など)
- ⑤せん妄の既往
- ⑥アルコール多飲
- ⑦侵襲度の高い手術の前(長時間にわたる手術や全身麻酔を要する手術など)

準備因子に対して

準備因子は個体要因であるため、
実際には改善が見込めない。



準備因子における各項目に対して介入をするのではなく、
例えば入院した患者がせん妄ハイリスクかどうかを判断する
ために、介入の指標として用いることがポイントである。



「せん妄ハイリスク」という概念

ハイリスク患者に対する看護師の役割

入院時：せん妄ハイリスクの入院患者を同定

- ①ハイリスク患者に対しては、せん妄発症予防のための適切な看護ケアを十分に提供する。
- ②注意してかかわることと言動面における微細な変化に気づき、早期にせん妄を発見することができる。

⇒早期発見・早期対応はせん妄の重症度低下につながる。

ハイリスク患者に対する医師の役割： 薬剤性のせん妄は極めて多い！！

せん妄ハイリスク
患者



睡眠薬 など

- 薬剤選択の際に注意が必要
- いわゆる“約束指示”は注意が必要

せん妄ハイリスク患者 不眠に対するアプローチ

準備因子を複数もつ患者はせん妄ハイリスクと考える。これらの準備因子は個体要因であるため、実際には改善が見込めないものばかりであるが、薬剤選択などの指標として用いることがポイントである。

【せん妄ハイリスク患者の不眠】

処方例

トラゾドン(レスリン・デジレル)

初期用量: 25mg 維持用量: 25mg～150mg

- ・抗うつ薬ではあるが、抗うつ効果<入眠効果。
- ・mildな鎮静効果で半減期も短く、翌朝への持ち越しが少ない。
- ・軽度～中等度のせん妄の治療薬であり、当院精神科リエゾンチームではせん妄ハイリスク患者の不眠に対して用いている。

直接因子について

天井から雨漏り。。。。



どう対応しますか？

せん妄の治療



- 不穏・幻覚・妄想など、表現型は“精神症状”
- 実際には「原因に対するアプローチ」と「薬物療法」の2本立て

直接因子について

直接因子=『せん妄を直接引き起こすもの』

- ①身体疾患
- ②薬剤(副作用または離脱)
- ③手術 ⇒10-30%に発症

せん妄の原因となる身体疾患

中枢性疾患	脳血管障害(脳出血・脳梗塞など) 頭部外傷(脳挫傷・硬膜下血腫など) 脳腫瘍 感染症(脳炎・髄膜炎・神経梅毒・HIV脳症など)
全身性疾患	感染症(敗血症など) 代謝性疾患(血糖異常・電解質異常・肝不全・腎不全・ビタミン欠乏症など) 内分泌疾患(甲状腺疾患・副甲状腺疾患など) 循環器疾患(心筋梗塞・不整脈・心不全など) 呼吸器疾患(呼吸不全など) 血液疾患(貧血・DICなど) 重度外傷・重度熱傷 悪性腫瘍及び腫瘍随伴症候群

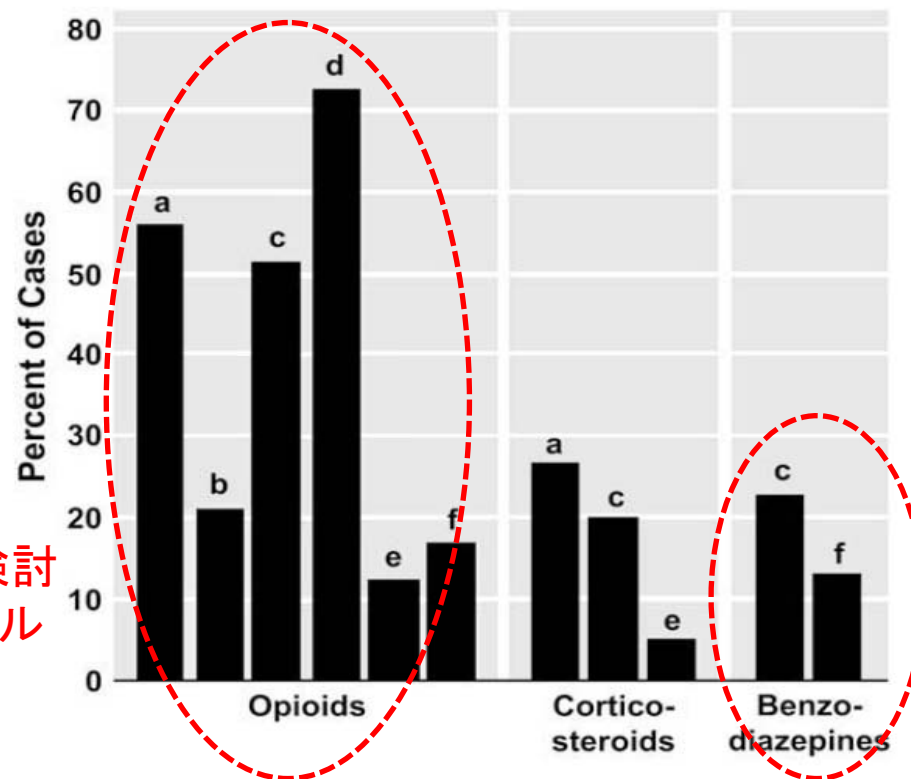
せん妄の原因となる薬剤

依存あるいは 乱用物質	アルコール 覚せい剤 麻薬 大麻 など
薬剤	抗コリン薬 抗パーキンソン薬 向精神薬（ベンゾジアゼピン受容体作動薬、抗うつ薬、炭酸リチウムなど） 抗てんかん薬 消化器系薬剤（H2ブロッカーなど） 循環器系薬（降圧薬、抗不整脈薬など） 鎮痛薬（麻薬性及び非麻薬性） 喘息治療薬 抗ヒスタミン薬 ステロイド 免疫抑制剤 抗生剤・抗ウイルス剤 抗がん剤 など

原因薬剤の整理： 主な せん妄ハイリスク薬

系 統	主な薬剤（一般名 / 商品名）				備 考
● ステロイド	デキサメタゾン	プレドニゾン	サクシゾン®	ソル・メドロール®	・デキサメタゾン > プレドニゾン ・高用量で発現頻度高い ・プレドニゾン換算(40mg/日以上)
● 抗コリン作用剤	アトロピン	ブスコパン®	ポラキス®	バップフォー®	・種々の抗コリン作用薬の併用で発現リスク高くなる
● H2ブロッカー	ガスター®	ザンタック®	タガメット®	プロテカジン®	・タガメット® 中枢への移行が高い ・ガスター® 腎機能低下時 → 精神系副作用あり 【対策】 PPIへの変更
● オピオイド	モルヒネ	オキシコンチン® オキノーム®	フェンタニル	ペンタゾジン レペタン®	・モルヒネはせん妄リスク高い ・モルヒネ CCr<30 せん妄リスク上昇 ・モルヒネ>オキシコンチン > フェンタニル 【対策】 オピオイドローテーション
● 抗うつ剤	トリプタノール®	トフラニール®	アナフラニール®	リトレン®	・トリプタノール® :せん妄頻度:1.2-20%(高リスク) 【抗コリン作用の強弱】 トリプタノール® >トフラニール® >アナフラニール® リトレン®はトリプタノール®とほぼ同等
● ベンゾジアゼピン系	レンドルミン®	ユーロジン®	デパス®	ハルシオン®	・BZ系 抗コリン作用あり ・高用量からの離脱症状として起こりやすい
● 非ベンゾジアゼピン系	マイスリー®	アモバン®			・BZ系との機能性は類似しているため、せん妄リスク高い
● 抗ヒスタミン剤	ポララミン®	セレスタミン®	アタラックスP®		・アタラックスP® :抗不安作用(鎮静作用) ・第一世代:抗コリン作用、抗ヒスタミン作用(強い) ・セレスタミン® :ステロイド含有
● 抗パーキンソン病薬	ドパストン® メネシット®	アーテン® アキネトン®	パーロデル® ペルマックス®	ビ・シフロール® レキップ®	・レボドパ製剤は高リスク。用量依存的。 ・抗コリン作用(あり):アーテン®、アキネトン® ・急激な減量 → 悪性症候群の注意が必要
● 抗てんかん剤	デパケン®	アレビアチン®	フェノバルール®		・中毒濃度で高リスク ・せん妄治療薬としての使用する場合もある

がん医療における薬剤性せん妄



- ・ローテーションなどを検討
- ・ただし、疼痛コントロールも重要

避けることが可能

Fig. 2. Delirium cases potentially caused by opioids, corticosteroids and benzodiazepines in six case-series. ^aBreitbart and colleagues [78], ^bMorita and colleagues [80], ^cTuma and DeAngelis [79], ^dLawlor and colleagues [21], ^eOlofsson and colleagues [81], ^fFrancis and colleagues [19]. (From Gaudreau JD, Gagnon P, Roy MA, et al. Association between psychotogenic medications and delirium in hospitalized patients: a critical review. Psychosomatics 2005;46(4):304; with permission.)

せん妄の原因となる薬剤

依存あるいは 乱用物質	アルコール 覚せい剤 麻薬 大麻 など
薬剤	抗コリン薬 抗パーキンソン薬 向精神薬（ベンゾジアゼピン受容体作動薬、抗うつ薬、炭酸リチウムなど） 抗てんかん薬 消化器系薬剤（H2ブロッカーなど） 循環器系薬（降圧薬、抗不整脈薬など） 鎮痛薬（麻薬性及び非麻薬性） 喘息治療薬 抗ヒスタミン薬 ステロイド 免疫抑制剤 抗生剤・抗ウイルス剤 抗がん剤 など

アルコール離脱せん妄について

アルコール離脱症状には自律神経症状のみならず、けいれんやせん妄など多彩な身体症状・精神症状があり、場合によっては生命に危険が及ぶこともある。よって、**早期からの介入が重要である。**

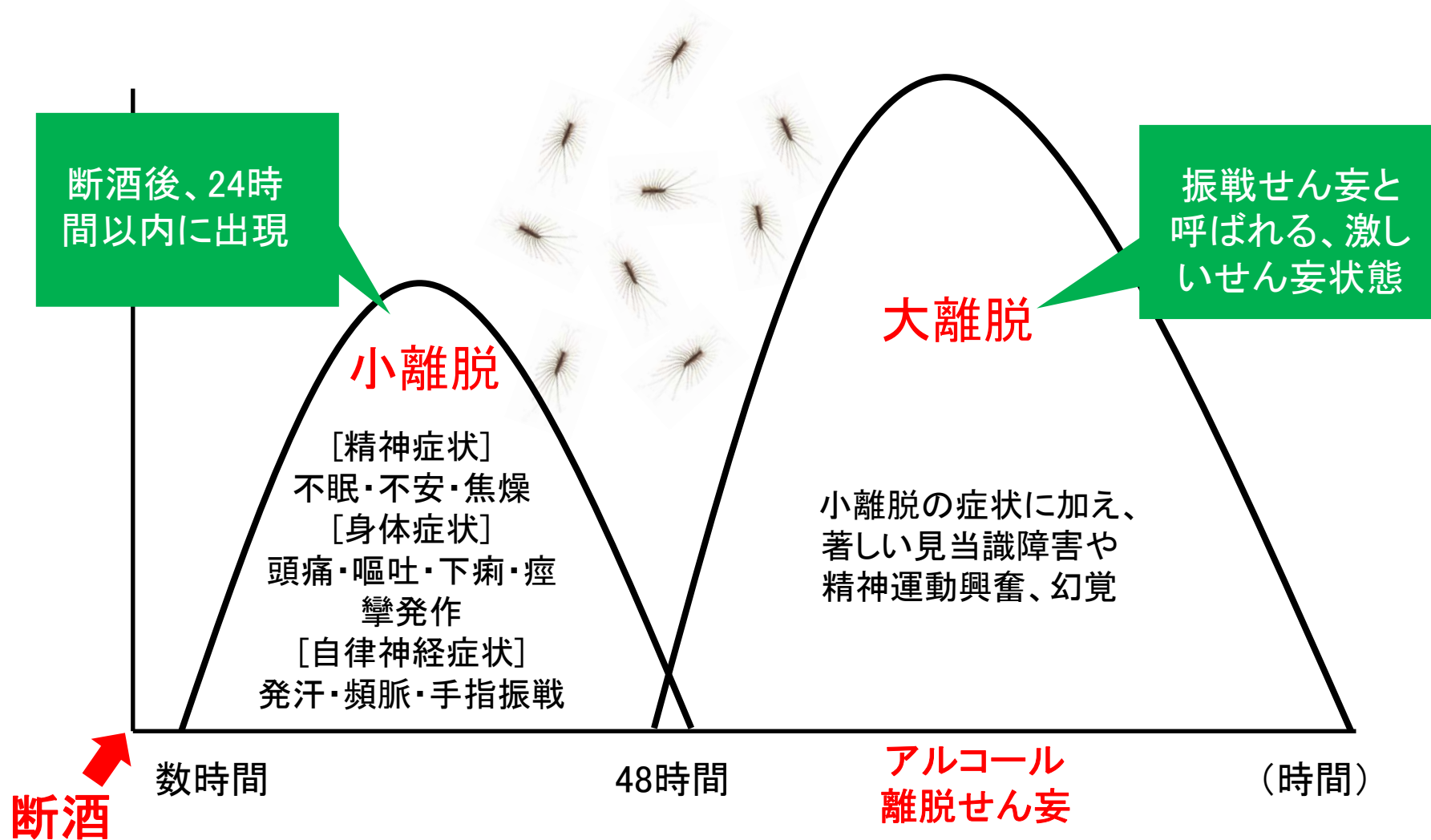
アルコール離脱せん妄の薬物療法においては、通常のせん妄とアプローチが異なる。

アルコール離脱せん妄について 入院時スクリーニング

- ① 飲酒歴（連続飲酒の有無、一日飲酒量、最終飲酒日）
 - * 患者自身の情報だけでなく、家族からの客観的な情報を重視する。
- ② アルコール依存症の診断の有無
 - * ただし、アルコール依存症の患者であっても必ずしもその診断がついているわけではない（むしろ診断されていないケースのほうが多い）ことに注意する。
- ③ アルコール離脱せん妄の既往の有無（特に過去の入院の際など）
 - * 過去にアルコール離脱せん妄の既往があればハイリスクと考える。
- ④ 身体疾患
 - * 肝・膵疾患や消化管疾患など、アルコール関連疾患があれば要注意である。
- ⑤ 精神疾患
 - * 特にうつ病とアルコール依存症の併存は高率とされる。

アルコール離脱症状と出現時期

小離脱・大離脱



アルコール離脱せん妄について

アルコール離脱症状には自律神経症状のみならず、けいれんやせん妄など多彩な身体症状・精神症状があり、場合によっては生命に危険が及ぶこともある。よって、早期からの介入が重要である。

アルコール離脱せん妄の薬物療法においては、**通常のせん妄とアプローチが異なる。**

直接因子を用いて せん妄の可逆性・不可逆性の見積もりを行う

回復可能

脱水

感染

高カルシウム血症

薬剤性 など

回復困難

肝不全

腎不全

低酸素血症

頭蓋内病変 など

* 進行・終末期であっても、49%は改善可能

せん妄の回復可能性とケアのゴール

- ・ 回復困難であれば苦痛緩和を優先
- ・ 患者・家族の意向を把握して判断

	回復可能	回復困難
典型的な原因	電解質異常、薬物 貧血、炎症反応	臓器不全、脳転移
ケアのゴール	せん妄からの回復	せん妄症状の緩和
薬物療法	抗精神病薬など	適宜ベンゾジアゼピンの 併用を行う
ケアの内容	・見当識障害の回復 ・生活リズムの補正 ・家族のケア	・不穏症状の緩和 ・睡眠確保 ・家族のケア

*** 日本緩和医療学会『苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン』**

促進因子について

促進因子=『せん妄を誘発しやすく、悪化や遷延化につながるもの』

①身体的要因

疼痛・便秘・尿閉・脱水
不動化・ドレーン類・拘束
視力低下・聴力低下

②精神的要因

不安・抑うつ

③環境変化

入院・ICU入室・明るさ・騒音

④睡眠

不眠・睡眠関連障害

せん妄に推奨される介入法 (NICEガイドライン)

関連する要因	介入内容	職種
低酸素	低酸素の評価とO2投与	医師
感染	感染徴候の検索と治療 感染対策・カテーテル使用の最少化	
認知機能障害	適切な照明とわかりやすい標識 見当識を促す(話しかけ、時計とカレンダーの設置) 家族や友人の定期的な面会	看護師
脱水	飲水励行、脱水補正	
便秘	排便の確認、排便コントロール	
安静	動くよう促す(早期離床、歩行器の使用)	
疼痛	疼痛の評価(特に非言語的な疼痛症状を評価) 適切な疼痛マネジメント	
感覚遮断	治療可能な感覚障害の改善(耳垢の除去など) 視覚・聴覚補助器具	
睡眠障害	睡眠時間中のケア・処置を極力避ける 睡眠の妨げになる肺薬スケジュールの見直し 騒音の低減	
多剤併用	薬剤のレビュー(種類と剤数の両方を検討)	薬剤師
栄養障害	適切な栄養管理 義歯の確認	栄養士・NST

促進因子



促進因子をなくしてゆく

不快

- × 疼痛
- × 便秘
- × 睡眠障害

非日常

- × 安静
- × 感覚遮断
- × 見当識障害

介入

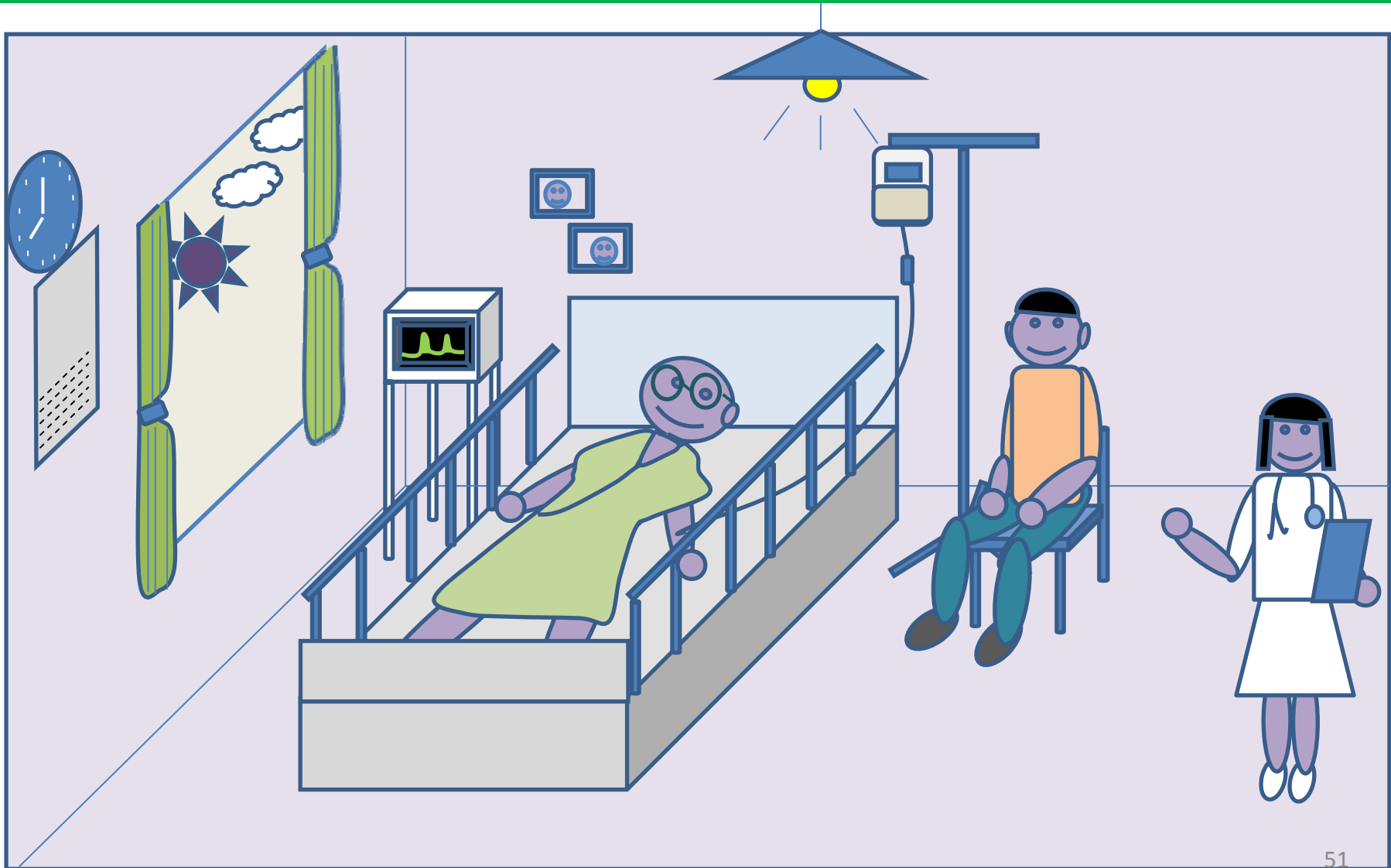
快

- 除痛
- 排便コントロール
- 睡眠衛生・環境整備

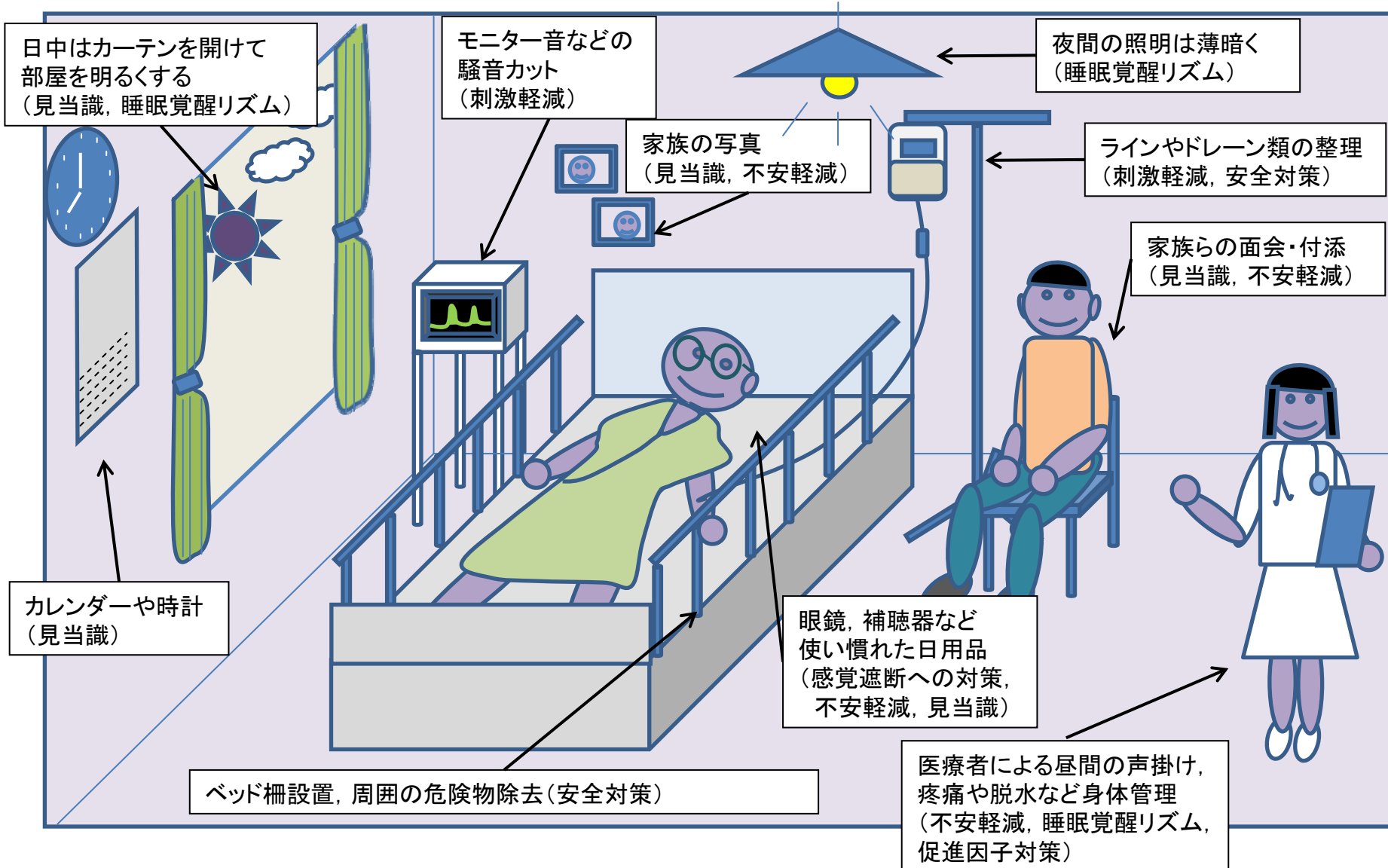
日常

- 早期離床、歩行器
- 眼鏡、補聴器
- 面会、時計・カレンダー

病室での療養環境



介入例



まとめ

せん妄のケア①

せん妄の状況の確認

回復が見込めるかどうかによってケアの内容やゴールが変わる

睡眠誘導

睡眠確保. 睡眠リズムの誘導.

時間感覚の回復

時計やカレンダーを見えるところに置く.

テレビやラジオをつける.

食事, 入浴, 散歩, 睡眠など規則正しい生活.

時間を含むコミュニケーション「おはようございます」「おやすみなさい」

昼夜の区別がつくように, 昼は室内を明るく夜は暗くする(小さな明かり)



まとめ

せん妄のケア②

環境調整→安心できる環境づくり
思い出の品物や大切なものをそばに置く。
信頼している人がそばにいる。

コミュニケーションの工夫
ゆっくりとわかりやすく話す。
プライドを傷つけない。
否定したり、間違いを強く指摘しない。
説得しない。
メガネ, 入れ歯, 補聴器を使用する。



まとめ

せん妄のケア③

不快な症状の緩和・軽減

痛み, 吐き気, 便秘, 呼吸苦の軽減.
ゆったりした衣服, 室温調節など.

安全, 事故への配慮

点滴やラインが視野に入らないようにする.
点滴時間の検討. (日中にまとめられないかどうか)
ルートやドレーンは最小限にする.
障害物や危険物(刃物類など)の除去.
離床センサーの設置.



まとめ

せん妄のケア④

家族へのケア

正しく、わかりやすく説明する

- －可能であれば、ハイリスクと同定された際に説明しておく
- －体の症状として出ていること
- －精神病ではない、呆けたのではない
- －治療の見通しを伝える
- －繰り返し説明をする(動揺していることが多い)



家族の協力をお願いする

- －患者の不安を軽減し、安心できる環境を作るため
- －ケアの代行者、監視役ではない
- －患者の興奮が強い場合は、家族だけで対応することのないよう配慮する
- －家族の身体的・精神的疲弊についても留意する

関わり方について具体的にアドバイスする

- －いっしょに関わりながらコツを伝える
- 怒らない・訂正しない・説教しない・話しを合わせる・・・

本日の内容

- ① せん妄のデメリット
- ② せん妄の症状と対応
- ③ せん妄の評価
- ④ せん妄の3つの因子とケア
- ⑤ せん妄における薬物療法

せん妄の薬物療法の実際

【注射薬】・・・絶飲食・拒薬傾向・即効性が要求される など

◎ * ハロペリドール(セレネース) (1/4A~3A) 静注or筋注

- ・ルートがある場合は、副作用が少なく即効性もあるためできれば静注がbest。
☆即効性>持続性→セレネース1A+生食20mlを側管より静注(ワンショット)
☆即効性<持続性→セレネース1A+生食100ccを点滴静注
- ・パーキンソニズム・悪性症候群・QT延長等の副作用に注意。

・フルニトラゼパム(サイレース・ロヒプノール)との併用

例: セレネース1A+サイレース1/2A+生食100ml 入眠まで滴下 呼吸抑制注意

* 印はレセプト上
保険適応OK

【内服薬】

<興奮を伴わない場合>・・・ベッド上ゴソゴソ・多弁 など

◎ トラゾドン(レスリン・デジレル) (25mg~150mg)

- ・2剤ともに抗うつ効果<入眠効果。いずれもmildな鎮静効果。半減期はややテトラミドのほうが長い。

<興奮を伴う場合>・・・ベッド柵を乗り越える・易怒的・暴力行為 など

◎ * リスペリドン(リスパダール)(錠剤・液剤 0.5mg~3mg)

- ・パーキンソニズムは比較的少なく、抗幻覚妄想効果>鎮静効果。
- ・液剤は効果が速やかで、拒否傾向強い患者には水に混入。
- ・腎機能低下時は排泄遅延に注意。

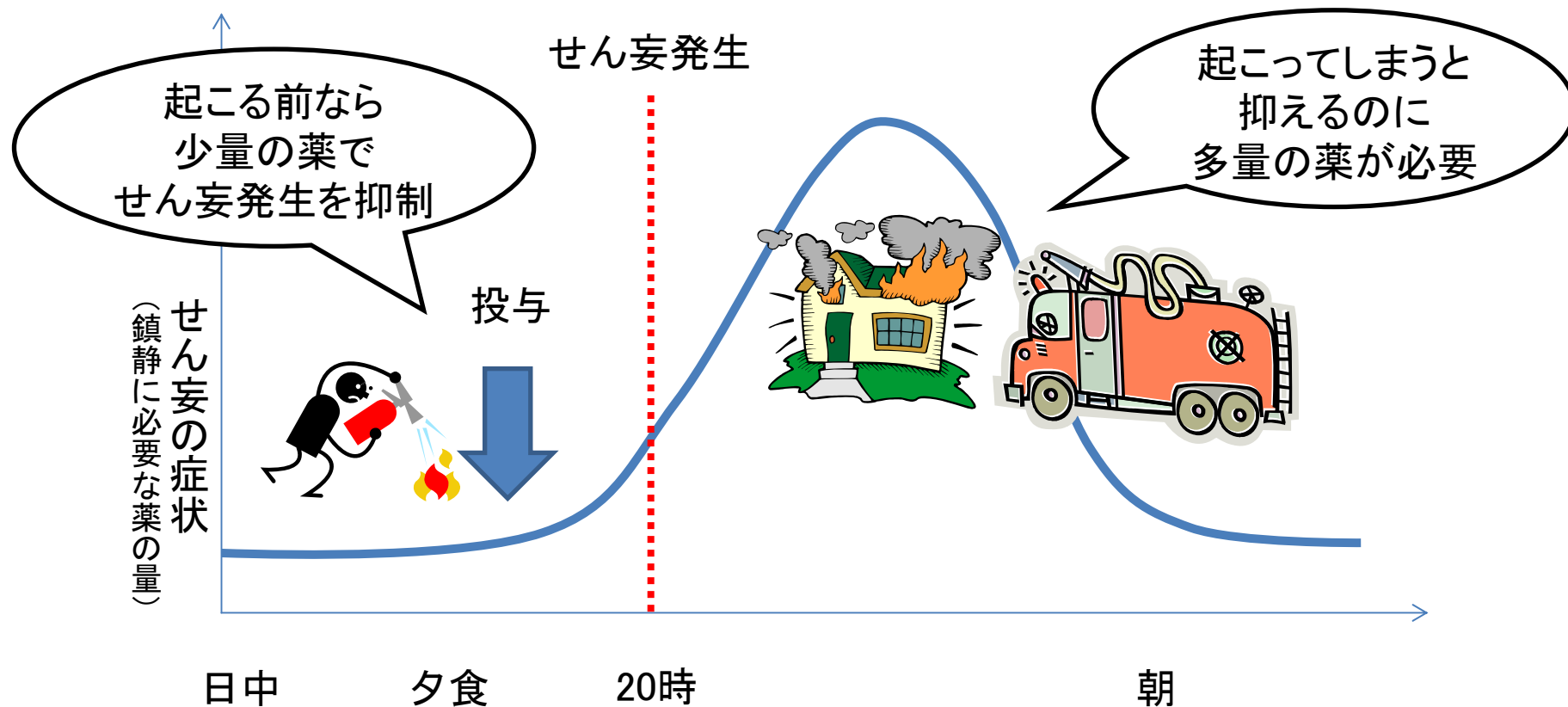
◎ * クエチアピン(セロクエル)(25mg~150mg) DMに禁忌

- ・パーキンソニズムが非常に少なく適度な鎮静効果あり。用量に幅があるため使いやすい。

◎ オランザピン(ジプレキサ)(25mg~150mg) DMに禁忌

- ・パーキンソニズムは比較的少ない。抗幻覚妄想効果強く、適度な鎮静効果もあり。半減期長め。

早めの薬剤投与が原則



種類によるが、内服から効果発現まで30分～1時間
→せん妄発生する時間より1時間以上前に投与

ご清聴ありがとうございました。

