

AMCoR

Asahikawa Medical University Repository <http://amcor.asahikawa-med.ac.jp/>

ねむりと医療 (2013.10) 6巻1号:27～29.

わたしの得意技(第11回)
夜間せん妄と睡眠障害

千葉 茂

夜間せん妄と睡眠障害

千葉 茂

CHIBA Shigeru

旭川医科大学医学部精神医学講座

■ はじめに

～せん妄の早期診断はなぜ重要か～

せん妄は、総合病院に入院した患者の約20%にみられる¹⁾。その発生率は加齢とともに上昇し¹⁾、入院中の高齢者では約40%と高い¹⁾。せん妄の発症は、その後の認知症の発症に関与しうる。また、せん妄が出現すると身体疾患の治療が困難になり、このために生命予後が不良になる可能性がある。したがって、せん妄を早期診断・早期治療することは、患者のQOLの向上につながる。

■ せん妄とは何か

ドイツの現代心理学の祖の一人であるWundt (1832-1920) は、せん妄を①単純な意識障害(意識の清明度の障害で、意識混濁と総称される)、および、②複雑な意識障害(内容や質の変化であり、意識変容と意識狭窄がある)に分類した。1980年ごろから、昏睡以外の意識障害

を「せん妄」という概念で包括する考えが提唱された²⁾。現在、この考えは多くの臨床医に支持されており、ICD-10やDSM-5にも適用されている。なお、従来から欧米で用いられている急性錯乱状態(acute confusional state)はせん妄と同義語である²⁾。

表①に、ICD-10-DCR(1993)の診断基準²⁾を示す。この表をみてわかるように、せん妄では睡眠障害や睡眠・覚醒周期の障害が重要な特徴とみなされている。

一方、臨床的観点から、せん妄は、覚醒水準の低下とともに精神運動活動の亢進や精神病的な異常体験がみられる「活動過剰型」、覚醒水準の低下と精神運動活動の減少がみられる「活動減少型」および、これら2型が交互に現れる「混合型」に分類される¹⁾²⁾。活動過剰型は医療スタッフや家族に気づかれやすいが、活動減少型は自発的行動が少なく、また、傾眠傾向にあるため、医療スタッフから問題視されないことが多い。臨床の現場では、活動過剰型せん妄と活動減少型せん妄が同一患者に交互に

表① せん妄の臨床的特徴 (ICD-10-DCRより一部改変)

- ①意識混濁を伴う(周囲に対する認識が障害され、注意を集中・持続・転導させる能力が低下する)。
- ②認知障害を伴う(遠隔記憶は比較的保たれるが、即時記憶および近時記憶が障害されるとともに、時間や場所、人物の見当識が障害される)。
- ③精神運動障害を伴う(寡動から多動への急激な変化、反応時間の延長、会話の増加や減少、あるいは驚愕反応の増強がみられる)。
- ④睡眠障害や睡眠・覚醒周期の障害を伴う(不眠や日中の眠気、昼夜逆転、夜間せん妄、悪夢がみられる。悪夢が覚醒後の錯覚や幻覚として残ることがある)。
- ⑤急激に発症し、症状の日内変動を示す。

注意：典型的なせん妄では、抑うつ・不安・恐怖・易刺激性・多幸・無欲性・困惑などの情緒障害や知覚障害(錯覚あるいは幻覚で視覚性が多い)、一過性の妄想がみられるが、これらの症状はせん妄の診断に特異的な症状ではない。

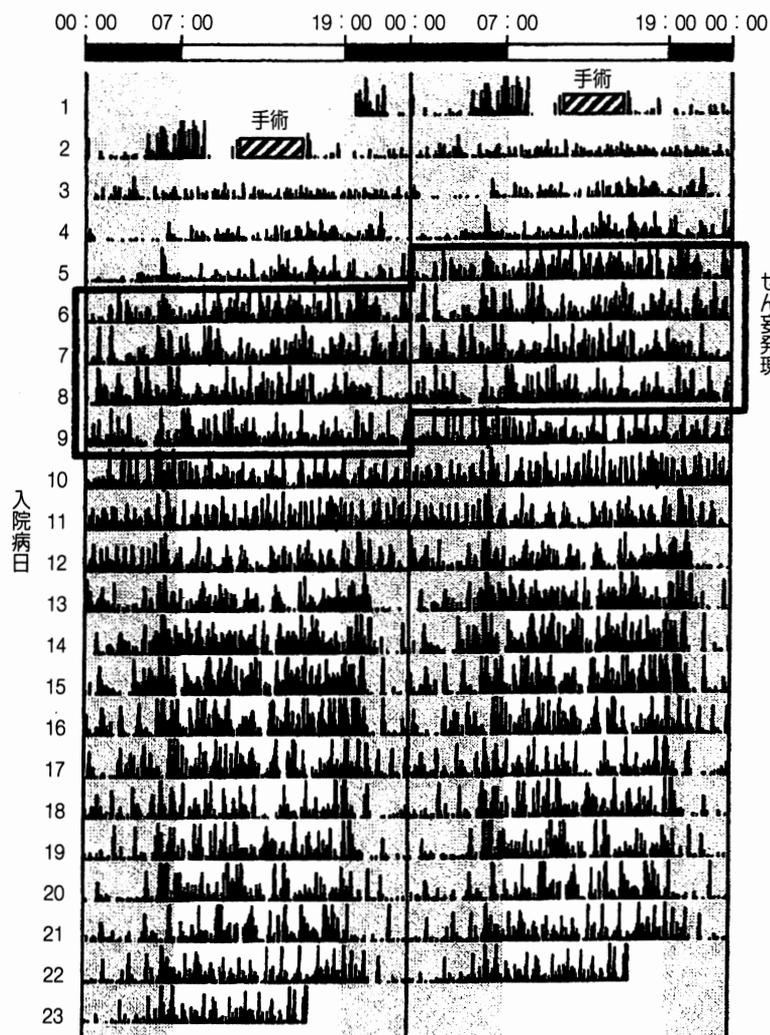
(千葉茂, 2012²⁾より引用)

くり返しみられることが多いことから、混合型が代表的類型と考えられる¹⁾²⁾。すなわち、夜間には「活動過剰型せん妄」(夜間せん妄)を、また、日中には「活動減少型せん妄」を示す「混合型せん妄」が多い。

Wundtの二分法と現在のせん妄概念を比較検討すると、単純な意識障害(意識混濁)は活動減少型せん妄に、また、複雑な意識障害は活動過剰型せん妄に相当する。

■ **せん妄の早期診断**
 ～睡眠障害の重要性～

早期にせん妄に気づくためには、せん妄の前段階ともいべき前せん妄をとらえることが重要である。前せん妄のなかで、最も重要で、しかもとらえやすい症状は睡眠障害である。筆者らの研究^{1)~4)}によれば、とくに睡眠障害を経時的に把握することがせん妄の早期診断にとって重要である。たとえ日中の面接時にせん妄という印象



図① 腹部大動脈瘤人工血管置換術後のアクティグラム(71歳, 男性) 米国ミニミッター社製のアクティグラフによる記録。縦軸は入院病日, 横軸は時刻をダブルプロットで示す。入院病日2日目に手術施行, 入院病日6~9日目に幻視, 不穏などを伴うせん妄が出現した。入院病日3~5日目(せん妄の出現前)に睡眠覚醒リズムが乱れており, また, せん妄が消失した入院病日10~12日目にも睡眠覚醒リズムが乱れている。
 (千葉茂ほか, 2007³⁾より引用)

を受けなくても、面接の数日前から、夜間不眠、悪夢、悪夢から覚醒した後の錯覚や幻覚、昼夜逆転の睡眠覚醒リズム障害などがみられる場合には、前せん妄がすでに発症していると考えられる。したがって、昼夜にわたって慎重な精神・行動評価をおこなうべきである。なお、睡眠障害の評価には、患者・家族・治療スタッフが記入する睡眠日誌、あるいは休息・活動リズムを連続測定できるアクティグラフが有用である(図①)。

■ せん妄の予防

高齢者の睡眠障害には、早期に対処すべきである。とくに、認知症や術後の患者においては、睡眠障害がせん妄に発展する可能性が高い。せん妄の発症が予想される場合には、まず非薬物療法(日中における光への曝露や活動性の維持など)によって睡眠障害に対処する。場合

によっては、少量の超短時間作用型の睡眠薬(ベンゾジアゼピン受容体作動薬)やラメルテオンによって不眠や睡眠覚醒リズムの乱れに積極的に対処し、せん妄を予防すべきである。

文 献

- 1) 千葉 茂: 急性意識障害. 軽度の意識障害の診断—面接技術を中心に. 脳とこころのプライマリケア 5 意識と睡眠, シナジー, 東京, 2012, pp. 83-88
- 2) 千葉 茂: 意識障害の診断. 意識障害の臨床的分類. 脳とこころのプライマリケア 5 意識と睡眠, シナジー, 東京, 2012, pp. 76-83
- 3) 千葉 茂, 石丸雄二, 田村義之ほか: せん妄と睡眠障害. 精神医学 49: 511-518, 2007
- 4) 千葉 茂: 症状性を含む器質性精神障害. せん妄. 精神科治療学 25(増刊号): 30-35, 2010