



Title	術後精神障害のアセスメントと看護
Author(s)	小野, 博史
Citation	大阪大学看護学雑誌. 2013, 19(1), p. 1-8
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/56719
rights	©大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

The University of Osaka

術後精神障害のアセスメントと看護

小野博史

要 旨

術後精神障害とは手術を受けたことを契機に生じた様々な精神症状の総称である。症状の特定が難しいため、その発見と対処には個々の精神機能の特徴を理解して状態のアセスメントを行うことが重要である。術後精神障害の多くは意識障害に包括された症状であり、観察には覚醒水準に加えて、見当識や注意に現れる意識内容の変容という視点が重要となる。せん妄は術後によく生じる精神障害であり、低活動型せん妄は目立たないため発症を見逃すことが多い。医療者は術後患者に精神機能低下が生じていることを前提に精神機能評価を行い、精神機能の状態に合わせた環境整備やケアを行う必要がある。そして患者の行動に対して興味を持つことが、術後精神機能障害を早期に発見、予防をしていくことにつながると考える。

キーワード：術後精神障害 (postoperative psychosis)、精神機能評価 (mental function assessment)、意識の変容 (altered states of consciousness)、早期発見 (early detection)

I はじめに

術後精神障害 (postoperative psychosis) とは手術を受けたことを契機に生じた精神症状の総称であり、意識障害、精神病症状、幻覚、抑うつ状態、躁状態、衝動行為など様々な症状が含まれる。術後精神障害は術後患者に頻発する症状であるにも関わらず特定が難しく、その発症は死亡率の上昇にも多大な影響を与えるとされている^{1, 2)}。また、術後精神障害の発症は患者の QOL 低下にも影響を及ぼすため、その予防は急性期治療における重要課題である。術後精神障害の変動性や多様性に対応していくためには、継続的に患者と接する機会を持つ看護師が兆候の早期発見を行っていく必要がある³⁾。

術後精神障害の発見が難しい理由のひとつとして、医療者が症状を身体的な問題としてのみ扱い、精神症状として理解することをあきらめてしまうことが指摘されている⁴⁾。

本論では術後精神障害に対して、個々の精神機能の特徴と術後における注意点について、よく起こる術後精神障害である術後せん妄の特徴について、術後精神障害のアセスメントと看護について、の 3 点から解説を行い、理解を深めていきたいと考える。

II 様々な精神機能の特徴と障害

生物学的な精神機能は脳という臓器を基礎としてもたらされる機能であるが、精神医学ではそこから生み出される主観的な体験を取り扱っ

ている。我々がある人の精神症状をとらえるときにはまず、その人の表情、感情の表現、動作、振舞いなど日常生活の状況を観察して外的特徴を知る。次にその人と接触し、話しかけ、考えたり聞いたり質問したりすることによって、その人の感じていること、考えていること、したいと思っていることなどを聞いて内的特徴を知ることにより、特異な精神症状を見出そうとする。様々な機能が互いに関連して全体的な活動として現れる精神活動に対して、知覚、感情、思考など個々の機能を分析して観察した上で、一つの状態像や症候として統合する形式で精神症状は把握されていく^{5, 6)}。術後精神障害の発見と対処にあたっては、個々の精神機能の特徴を理解して患者の状態のアセスメントを行うことが非常に重要である。

1 意識の障害

意識とは、自分の状態や自分の周囲の状況をはつきりと認識するための能力であり、精神活動に必須の能力である⁶⁾。術後せん妄をはじめとする術後精神障害の多くは、意識障害と呼ばれる概念に包括された症状である。

一般臨床における意識は、覚醒状態および外的刺激に対して認識し反応できる状態と定義される。これは生物学的な脳の活動水準や覚醒水準を示す概念である。本来、意識という用語は主観的内容を含む心理学的用語であり、生理学的な用語としては覚醒を用いることが望ましい

が、両者は混同して使用されることが多い。麻酔覚醒時には意識レベルとして中枢神経機能系の評価が行われる。Japan Coma Scale (JCS) や Glasgow Coma Scale (GCS) を用いた評価も同様で、これらの評価では意識混濁の程度が焦点となる。軽度の意識混濁として明識困難や傾眠、中等度の意識混濁として昏迷、高度の意識混濁として嗜睡や昏睡といった用語が使われている⁶⁾。通常、せん妄においては傾眠状態であることが多い²⁾。

精神医学領域では、意識の清明度に加えて意識の変容という概念が必要となり、見当識や注意、領識、追想可能性および精神的全体像といった意識の内容の観察が行われる⁶⁾。中でも見当識や注意の障害はせん妄の必須症状として診断基準に挙げられている項目であり⁷⁾、これらの機能を観察することは、術後精神障害を発見する上で重要である。

見当識とは、自己の時間的、空間的、人間的関係と外界に対する認識であり、場所、時間、人物、状況に対する見当識が挙げられる。見当識障害は時間、場所、状況、人物の順に障害されやすく、回復は逆をたどることが多い^{2), 8)}。したがって術後の患者は、まず周囲の人々が医療者や家族であることを認識し、次に自分が手術を受けて回復を待つ状況にあること、そして自分のいる場所が回復室であることを順に認識できるようになる。時間の見当識については、術後のほとんどの患者が障害を受けており回復が遅れるため、朝と夜の判断がつかなかったり、日時の経過に異常を感じたりといった訴えがよく見られる。

注意とは、余分な内的刺激や外的刺激に惑わされることなく、特異的な刺激に集中する能力のことである。注意には、選択性（たくさんの刺激の中から特定の対象に注意を向ける機能）、持続性（特定の対象に振り向けた注意を一定時間持続する機能）、転導性（特定の対象に注意を向けつつ、必要に応じて他の刺激にも注意を向けていく機能）、多方向性（まんべんなくいろいろな対象に注意を向ける機能）、容量（目的に応じて注意の配分をバランスよく保つ機能）の機能がある^{2), 6)}。注意の障害の背景には覚醒度が関係しており⁸⁾、注意障害を正しくアセスメントすることで意識の変容を把握することができる。注意障害の有無は患者の行動や思考の持続

性をアセスメントすることで比較的簡単に推測しやすい。例えば、患者が何らかの作業を中断する様子が頻繁に観察される場合や、医療者が患者に対して説明する内容の理解が患者の返事ほどに完全ではないと判断される場合、作業や話を聞くという行為に対して自分の注意を向けて持続させることが困難な状況であり、意識レベルが安定している様子でも実際は軽度の意識障害が遷延している可能性が高い。

睡眠障害も意識障害と関連している。睡眠はノンレム睡眠とレム睡眠の繰り返しという一定のリズムをもって反復する生理的な意識混濁であり、生命活動の維持には不可欠な生理的状態である。刺激を加えれば容易に覚醒し意識清明となる点において意識障害と区別することができる⁶⁾。術後期に主に見られる睡眠障害は不眠症である。不眠症には入眠障害（就眠できない）、熟眠障害（眠りが浅い、中途覚醒が起こる）、早朝覚醒（早くに眼が覚めて再入眠できなくなる）などがある。不眠症の原因としては、疼痛や騒音といった不快因子の存在、過度の緊張や不安といった精神生理性の問題が挙げられるが、術後急性期には麻酔や治療環境などの影響から概日リズム障害が生じている可能性、意識障害が遷延している可能性も考えられる。睡眠障害はせん妄の必須症状ではないが、せん妄の発症は睡眠障害が随伴することが多く、不眠を訴える患者には注意が必要である⁸⁾。

2 記憶の障害

記憶とは体験や学習したことが想起できる状態で保持されていることをいう。記憶は、記録（経験を刻み込む）、保持（記録されたものを維持する）、想起（保持されたものを再び思い出す）、再認（原体験と異ならず追想する）という機能から成り立つ。新しいことを記録できなくなる状態を記録障害、保持された経験を想起できない状態を健忘、追想された内容が原体験と異なって再認される状態を記憶錯誤と呼ぶ⁶⁾。

意識障害を伴う病態においては注意機能が低下しているため、記録障害を生じることが多い。術後せん妄患者によく観察される健忘症状は、実際には注意力の散漫や思考の障害の影響で出来事の記録が正しく行われていない記録障害である場合も多い。意識障害が疑われる場合には、客観的に評価できる記録力を確認することが大

切である⁹⁾。記録力の検査には MMSE (Mini Mental State Examination) の下位尺度である Serial 7's や WAIS (Wechsler Adult Intelligence Scale) の下位尺度である Digit Span が用いられる^{2, 6, 10)}。

3 知覚の障害

刺激が感覚器に作用して生じる比較的単純な精神現象を感覚、感覚に判断が加わり、身体の内外に生じた事象としてその存在を認識することを知覚という。感覚には、視覚、聴覚、味覚、嗅覚、体感覚（触覚、痛覚、温度覚、内臓感覚、運動覚、平衡覚など）がある。

知覚が障害されると現実に存在する対象の特性が異なって体験されるようになる。錯覚（実在している対象を誤って知覚すること）や幻覚（刺激が現実に存在していないにも関わらず知覚すること）と呼ばれる症状である。幻覚は各感覚に応じて幻視、幻聴、幻臭、幻味、体感幻覚に分類される⁶⁾。

意識障害のある患者において知覚の障害は頻繁に生じる。現実的ではない患者の訴えはよく幻覚として判断されるが、実際には錯覚に伴う誤認である場合が多い。例えば輸液ルート周囲での触覚に対して「輸液が漏れているから早くなんとかしてほしい」と訴えたり、天井について汚れを「虫がいるから追い払ってほしい」と訴えたり、NG チューブの触覚を鼻垢と思いチューブを除去しようとしたりというようなことがある。錯覚は基本的に修正が可能な体験である。意識障害のためうまくいかないことも多いが、このような症状に対しては正しい情報を提供して認識を得ることも有効な手段であるといえる。また可能であれば、必要時に眼鏡などの知覚補助具を使用することも大切である。

幻覚の中では、体感幻覚がよく生じるという印象がある。術後のもうろう状態においては、視覚や聴覚といった遠感覺を駆使する余裕がなく、触覚や嗅覚をはじめとした近感覺に頼る傾向がある。また術後には創傷部やデバイス類の挿入部といった、気になるが自分で確認することを許されない体感覚が、実在の感覚として多く存在する。体感覚は通常意識に上らないものであるが、このような状態においては知覚の対象性が減じて状態性が増し、快や不快、痛みや空腹といった生理的感情を伴い、知覚と感情

を混在して感じるようになる。例えば、「酸素マスクが外れる」といつて常に保持しようとしたり、「ガーゼが外れている」としきりに訴えたりする患者は体感覚と治療が妨げられる不安が混在した状態であると評価できるし、「身体が急に穴に吸い込まれていく感じがした」というような訴えも平衡覚幻覚に潜在的な不安が混在した状況であると考えられる。

4 思考の障害

思考とは一定の目的を志向し、目的に適合した概念を順に想起しながら連結、判断、推理して分析していく精神活動である。思考の障害は、思路の障害（思考目標に到達するまでの思考の進行過程が障害された状態）、思考体験の障害（思考の主体性や自己所属感を失った状態）、思考内容の障害（客観的には起こりえないことを信じる状態）に分類される⁶⁾。

思路の障害としては、思考奔逸（次から次へと考えが頭に浮かび話の主題が変化し一貫性が失われてしまう状態）、思考抑制（考えが続けて浮かばずに主題の目的を達成できない状態）、迂遠思考（主題の目的は失わないが、細かいことやどうでもよいことを詳細に話してまわりくどくなる状態）などが挙げられる。思考内容の障害は主に妄想であり、精神症状としては極めて重要な症状である。妄想は事実でないことを事実であるとする不合理で誤った判断や認識であり、本人がそれを正しいと強く確信している状態である。被害妄想（他者から害を加えられるという妄想）、注察妄想（自分が他人に注視されていると感じる妄想）、被毒妄想（飲食物に毒を入れられるという妄想）、嫉妬妄想（自分の配偶者が異性と浮気しているという妄想）、罪業妄想（自分は他人に迷惑をかける存在であるという妄想）、関係妄想（自分に関係のない出来事を自分に関連付けて考える妄想）、誇大妄想（自己を過大評価し、万能感にとらわれる妄想）などが挙げられる⁶⁾。

意識の障害が生じる術後急性期においては思路の障害が生じやすく、会話がうまく進まずに迂遠的となる患者が多い。また、人目を過度に気にする患者は注察妄想にとらわれている可能性がある。扉の開閉音などの物音に反応して「家族が見舞いに来たから今すぐ連れて来てほしい」と希望される患者も関係妄想と考えてよいと思

われる。

5 感情の障害

感情とは、快や不快といった刺激レベルの生物学的感情も含めた自己が意識した心の状態、自我の状態性の精神機能である。感情には感覚感情（身体の局所に感覚刺激によって生じる単純な感情）、生命感情（空腹感、疲労感、性感のような身体部位に局在はしないが自律神経中枢を介して有する感情）、心情的感覚（対象に対する喜怒哀楽といった一般的な感情）、精神的感覚（美的感情、宗教感情、道徳感情、至福感や絶望感といった人格活動に関連する高度な感情）などがある。また、感情は気分（特別な対象や内容を持たない持続する感情）、情動（喜怒哀楽のように状況に反応して進行し自律神経反応を伴う複雑な感情）、情性（同情、良心、責任などのような人間的な高等感情）などに分類することができる⁶⁾。

術後では気分の障害として、躁状態（気分が爽快で高揚し喜びの感情に溢れた状態）やうつ状態（気分が憂鬱で悲しい、苦しい、もしくは無感情な状態）といった特別な動機なしに身体的原因で生じる気分の異常が見られることがある。また、感情の興奮性の異常としては、感情鈍麻（感情反応を引き起こすような刺激があるのに感情が起こらない状態）や易刺激性（ふつうの刺激によって容易に不快感情が亢進される状態）が見られる。情動の障害として、基本的な病的感覚である不安が挙げられる。不安は「対象のない恐れ」であり、漠然とした内的に不明瞭な感情である。意識の深層における葛藤に対する反応であり、しばしば呼吸困難感や動悸、冷汗、振戦、めまい、頭痛などの自律神経症状を伴う。

術後精神障害としての感情障害は、意識障害が認められるような術後急性期では気分の変調として現れることが多く、高度な感情の障害である情動の障害は意識が安定した術後回復期に観察されることが多い。

6 意欲と行動の障害

人を内部から行動に駆り立てる力を欲動、欲動を満たすための動きを行動、欲動にまかせず理性的に判断して行動する働きを意思と呼んでいる。意欲とは、欲動と意思を合わせて、低次

なものから高次な統制力まで含めた人間を行動に駆り立てる力のことである。欲動の障害として躁性興奮（欲動が亢進して興奮状態になる状態）、無為（欲動が減退して自発性や活動性が低下する状態）などが挙げられる⁵⁾。また、空腹感や性感など知覚に伴う感情は同時に欲動とも密接な関係を持ち、術後急性期においては抑制が効かずに食欲や性欲といった欲求に駆り立てられて衝動行為を行うことがある。例えば、絶飲食指示を理解しているにも関わらず飲水する行為は、口渴感に対する衝動行為ととらえることができる。

III 術後せん妄について

術後によく生じる精神障害として、術後せん妄（postoperative delirium）を挙げることができる。せん妄とは意識、注意、認知、知覚などの障害を伴う症候群であり⁷⁾、術後期に限らず入院患者によく起こる精神症状である。現在、臨床においては Diagnostic and Statistical Manual of Medical Disorders IV-TR (DSM-IV-TR)¹¹⁾ に記載されている定義に基づいた診断が行われているが、特定が難しいために見逃されてしまうことが多い¹²⁾。類似の症候群に術後認知機能障害 (postoperative cognitive dysfunction) と呼ばれる症状もあるが、術後せん妄では明確で急激な発症と症状の変動が見られることに対し、術後認知機能障害では発症が緩徐であり、症状が固定化して長い経過を辿るという違いがある¹³⁾。術後認知機能障害を呈した患者において、仕事を退職して社会保障給付金に依存した生活を送る患者が増えたという指摘がされており、術後精神障害の社会的な長期予後に対する関心が高まっている¹⁴⁾。しかし術後認知機能障害には、せん妄のように明確な診断基準や評価方法が確立されておらず、今後の研究成果に期待されている状況である¹⁵⁾。

1 術後せん妄の定義と種類

せん妄の必須症状として、意識、注意、認知、知覚の障害が挙げられる。そしてこれらの障害が短時間のうちに出現し、1日のうちで変動するという特徴がある。DSM-IVの診断基準は以下のとおりである¹¹⁾。

A. 注意を集中し、維持し、転導する能力の低下を伴う意識の障害

B. 認知の変化（記憶欠損、失見当識、言語の障害など）、またはすでに先行し、確定され、または進行中の認知症ではうまく説明されない知覚障害の出現

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日のうちに変動する傾向がある。

これら A、B、C の条件を満たした症状で、かつ認知症による症状のように器質性病変によって症状が固定化されていないと判断される場合に、その症状をせん妄と呼んでいる。したがって術後せん妄は、術後に生じた精神障害のうち上記条件を満たした症状であると定義される。

術後せん妄は症状の発現タイプに応じて、低活動型や高活動型、混合型に分類される。高活動型せん妄の患者は過覚醒や落ち着きのなさ、興奮や攻撃性を示し、カテーテルを自己抜去してしまうこともある。低活動型せん妄の患者は高齢者に多く、内向的で静かでうつ状態をみとめる。混合型せん妄の患者は両方の症状が混合する。高活動型は医療者に注目を受けやすいが、実際には低活動型や混合型のせん妄が多い。低活動型は重篤な患者に多く、症状が目立たないため発症を見逃されてしまうことが多い^{3, 16, 17)}。

2 術後せん妄の原因と発症率

Lipowski は術後せん妄の原因を直接原因（脳疾患や低酸素症など器質的影響を及ぼす因子）、誘発因子（入院環境や睡眠障害、不安など発症を助長する因子）、準備因子（年齢など患者が持つ特性による因子）の3つに分類している¹⁸⁾。

術後せん妄を引き起こす要因は様々で複合的であるが、基本的な病態は一時的な脳機能の障害が原因となって起こる、意識障害を伴う一過性の精神症状と説明することができる。機能障害を引き起こす原因としては、術後侵襲や重症感染症などの全身性、低酸素性、薬物性、尿毒症や肝性昏睡、低血糖性昏睡などの代謝性が挙げられる²⁾。中でも、麻酔薬をはじめとする薬剤は術後侵襲からの身体的回復を助けるために必要不可欠であるが、脳機能に対しては悪影響を及ぼす可能性もあり、使用時には注意深い観察が必要となる¹⁹⁾。

せん妄の発症率は成人内科病棟で 10-24%、成人外科病棟で 37-46%、ICU 領域においては 87%にも上るとの報告がある。術後せん妄の発

症率の報告は 9%から 87%と幅が広いが、その理由は患者の年齢や手術の種類が調査対象者の属性に大きく影響しているためといわれている^{20, 21)}。

3 せん妄の測定尺度

せん妄の測定尺度は目的（診断、重症度のスクリーニング）の違いや評価データ（観察、インタビュー、患者のテスト）の違いがあるものの、ほとんどの尺度は DSM の基準によって記述される兆候や症状を測定しており、信頼性に優れている。数多くの尺度が開発されているが、ほとんどの尺度において初期研究のとの改善や検証がされていないために、妥当性は十分とはいえないものも多い²²⁾。

ハイリスク患者のスクリーニングには NEECHAM Confusion Scale (NCS) や Delirium Observation Screening Scale (DOS) が推奨される。The Confusion Assessment Method (CAM) は診断ツールとして最適であり、Delirium Rating Scale (DRS) は重症度のスクリーニングにおいて最も優秀である。ICU の患者には挿管中の患者にも使用できる The Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU) が推奨される²²⁾。

4 せん妄のガイドライン

せん妄に対する診療ガイドラインとして、2000 年に米国精神医学会 (American Psychiatric Association: APA) が発表した「せん妄患者の治療に対する臨床ガイドライン」⁷⁾と 2010 年に英国国立医療評価機構 (National Institute for Health and Clinical Excellence: NICE) が発表した「せん妄の診断と予防と管理のためのガイドライン」²³⁾が挙げられる。

APA のガイドラインにおいては、介入方法を精神医学的管理、環境的・支持的介入、身体的介入の3つに分類し、せん妄患者の治療に関するデータとして要約されている。NICE のガイドラインにおいては、予防に重点が置かれており、実現可能で費用対効果のある対策として、「リスクの高い成人に対するせん妄予防のための 13 の提言」を行っている²³⁾。

それぞれのガイドラインは、専門チームがこれまでに行われたせん妄に対する研究の包括的な文献レビューを行って策定されたものであり、

内容を把握しておくことによって多くの研究成果から得られたエビデンスを得ることができる。

IV 術後患者の精神機能アセスメントと看護

せん妄をはじめとする術後精神障害の多くは、基本的に意識内容の変動を伴う一過性の精神障害であるが、術後急性期においては脳が不可逆的なダメージを受けている可能性も否定できないため、まずは覚醒度の評価を行うことが大切である。また、覚醒が確認された後は、意識内容の変容に注意して精神症状の推移を観察していくことが重要である。

見当識は順に回復していくが、時間見当識については回復が遅れるため、朝と夜の区別がつかない、時間が進まないといった訴えが見られる。時計やカレンダーを用いて定期的に自分で時間の経過を確認できる環境を整えることは、時間見当識の回復を助ける上で有用である。注意は持続性がなく容量も低下した状態である上に、搔痒感や疼痛といった内的刺激に自分の注意を向けざるをえないため、外的刺激に対応する能力は皆無に等しい。そのため、アラーム音のような警戒心を引き起こす外的刺激に暴露され続けると精神症状の悪化を招くことになる²⁴⁾。傾眠状態の患者は外見上では休んでいるように見えるが、実際は不快な内的刺激の存在に加え、アラーム音や常に人がいる緊張感もあり熟眠できていないことが多い。したがって患者の安静を維持するには、薬剤による内的刺激のコントロールと環境整備による外的刺激の除去が大切である^{25, 26)}。

麻酔覚醒後の患者は短い会話が成立して意識清明に感じられても、実際は傾眠やもうろう状態であることが多い。患者が説明に理解を示しても、実際はとりあえずの肯定的な返答が多く、注意低下に伴い記憶力も低下しているため、複雑な会話の内容や状況は覚えていない。そのため、説明時には患者の注意能力に合わせた簡潔でわかりやすい説明を心がける必要がある。患者の安全に関わるような大切な事項は、記名障害の影響で理解力が低下していることを前提に、説明を繰り返して患者の理解を促していくことが望ましい。

意識障害の影響で知覚機能が低下すると視覚刺激や聴覚刺激の処理ができず、曖昧な体感覚に頼った行動が増えるため判断には誤認が生ま

れやすい。術後の患者が置かれている状況は重症状態からのリカバリーであり、その場で体験する知覚や思考は漠然とした死を連想するものが多く、不安や孤独、恐怖、落胆といった感情が潜在し続けている²⁷⁾。そのため、医療者の何気ない発言や行動に対して、患者は驚くほど悲観的な体験をしていることもあり、時には被害妄想に陥ることもある。そのような場面においては、妄想の修正にはとらわれずに、「我々は援助者である」という姿勢を伝えることで患者に安心感を提供していくことが、患者の不安軽減につながる²⁸⁾。

患者は低下した精神機能を駆使して、誤認と修正を繰り返しながら現実を確認する作業を続け、手術を契機として失った自律性を取り戻していくことになる。患者は正しい現実認識の大半を家族の面会を通して得ると言われている。患者が聞きなれている家族の声は患者の不信感を和らげ、見当識回復を助けたり安心感を与える効果がある²⁸⁾。そのため、「呆けてしまったのではないか、このまま治らないのではないか」と家族が意気消沈して機能を果たせなくなることは患者にとって損失である。家族も不安を抱えていることを理解し、早期から術後精神障害に対する正しい知識提供を家族に行い、医療者には果たせない社会資源である家族機能を支持することも大切である⁷⁾。

筆者は、患者がたどるこの一連の行動を精神機能の術後リハビリテーションと位置付けて考えている。医療者は術直後の患者に精神機能低下が生じていることを前提として患者の精神機能をアセスメントし、患者が得た主観的体験を想像する必要がある。そして患者の精神機能の状態に合わせて、患者が着実に自律性を回復できるように環境整備やケアを行う必要がある。

V おわりに

術後侵襲の観点から考える術後精神障害は、脳という臓器の障害として扱われるべき性質を持つ精神症状である。せん妄は術後だけではなく様々な医療現場で、様々な疾患に対して、様々な原因で発症するが、それは脳が機能障害を起した結果として、似たような症候群に陥るためと考えられる。術後精神障害の患者は精神機能の異常として発見されるが、背景にあるのは生理学的な脳機能の障害であるという認識を持

って対応していく必要がある。我々は高熱にうなされると怖い夢を見ることがある。これも術後せん妄の発症機序と類似した状態と考えられるが、せん妄になると完全覚醒ができず悪夢を見続けることになる。患者が脳機能の障害に影響された主観的体験を通して現実認識に苦しみ、大きな不安を抱えながら術後急性期を乗り越えていくことを理解できれば、患者が不穏状態に陥ったり医療者に不審な感情を向けたりしているときにも適切な対応ができるかもしれない。看護師がせん妄の約7割を見落としているという報告もある¹²⁾が、せん妄の予防や早期発見をすることができるのも看護師である。まずは術後患者の精神機能は低下している可能性があるという認識を持ち、そして患者の行動様式に対して肯定的な興味を持つことで、術後の精神機能障害は早期に発見され、悪化を予防していくことができると考える。

引用文献

- 1) Abdullah MS, Al-Waili NS, Baban NK, Butler GJ, Sultan L., 2006, Postsurgical psychosis: case report and review of literature., *Adv Ther.*, 23(2), 325-31
- 2) 古家仁 2003 術後精神障害 せん妄を中心とした対処法 東京 真興貿易(株) 医学出版部 pp11-24, 41-44
- 3) Van Rompaey B, Schuurmans MJ, Shortridge-Baggett LM, Truijen S, Elseviers M, Bossaert L., 2009, Long term outcome after delirium in the intensive care unit., *Clin Nurs.*, 180(11), 1092-7
- 4) Rockwood K, Bhat R., 2004, Should we think before we treat delirium?, *Intern Med J.*, 34(3), 76-8,
- 5) 清水順三郎 2000 新版看護学全書第36巻 精神看護学2 東京 メディカルフレンド社 p25
- 6) 大熊輝雄 2008 現代臨床精神医学 東京 金原出版株式会社 pp68-104, 296-303
- 7) 日本精神医学会 2000 米国精神医学会治療ガイドラインーせん妄 東京 医学書院 p10, 33
- 8) Kirshner HS., 2007, Delirium: A Focused Review, *Curr Neurol Neurosci Rep.*, 7(6), 479-82
- 9) Macleod AD., 2006, Delirium: The clinical concept, *Palliat Support Care.*, 4(3), 305-12
- 10) Rudolph JL, Marcantonio ER., 2011, Postoperative Delirium: Acute Change with Long-Term Implications, *Anesth Analg.*, 112(5), 1202-11
- 11) 米国精神医学会 2002 DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル 東京 医学書院 p141-143
- 12) Inouye SK, Foreman MD, Mion LC, Katz KH, Cooney LM Jr., 2001, Nurses' recognition of delirium and its symptoms: comparison of nurse and researcher ratings, *Arch Intern Med.*, 161(20), 2467-73
- 13) L Krenk, L.S.Rasmussen, H.Kehlet, 2010, New insights into the pathophysiology of postoperative cognitive dysfunction., *Acta Anaesthesiol Scand.*, 54, 951-956
- 14) Steinmetz J, Christensen KB, Lund T, Lohse N, Rasmussen LS, 2009, Long-term consequences of postoperative cognitive dysfunction, *Anesthesiology*, 110(3), 548-55
- 15) Rudolph JL, Schreiber KA, Culley DJ, McGlinchey RE, Crosby G, Levitsky S, Marcantonio ER., 2010, Measurement of post-operative cognitive dysfunction after cardiac surgery: a systematic review., *Acta Anaesthesiol Scand.*, 54(6), 663-77
- 16) Pandharipande P, Cotton BA, Shintani A, Thompson J, Costabile S, Truman Pun B, Dittus R, Ely EW., 2007, Motoric subtypes of delirium in mechanically ventilated surgical and trauma intensive care unit patients., *Intensive Care Med.*, 33(10), 1726-31
- 17) Pun, Brenda T. Boehm, Leanne., 2011, Delirium in the Intensive Care Unit: Assessment and Management, *AACN Adv Crit Care.*, 22(3), 225-37
- 18) Lipowski ZJ., 1987, Delirium (acute confusional states)., *JAMA.*, 258(13), 1789-92.
- 19) Gregory Crosby, Deborah J. Culley., 2011, Surgery and Anesthesia: Healing The Body But Harming The Brain?, *Anesth Analg.*, 112(5), 999-1001
- 20) Maldonado JR., 2008, Delirium in the acute care setting: characteristics, diagnosis and

- treatment., Crit Care Clin., 24(4), 737-65
- 21) Whitlock EL, Vannucci A, Avidan MS., 2011, Postoperative delirium Minerva Anestesiol., 112(5), 1202-11.
- 22) Schuurmans MJ, Deschamps PI, Markham SW, Shortridge-Baggett LM, Duursma SA., 2003, The Measurement of Delirium: Review of Scales., Res Theory Nurs Pract., 17(3), 207-24
- 23) O'Mahony R, Murthy L, Akunne A, Young J, Guideline Development Group., 2011, Synopsis of the National Institute for Health and Clinical Excellence Guideline for Prevention of Delirium, Ann Intern Med., 154(11), 746-51
- 24) Johansson L, Bergbom I, Waye KP, Ryherd E, Lindahl B., 2012, The sound environment in an ICU patient room-A content analysis of sound levels and patient experiences., Intensive Crit Care Nurs., 28(5), 269-79
- 25) Olson DM, Borel CO, Laskowitz DT, Moore DT, McConnell ES., 2001 Quiet time: a nursing intervention to promote sleep in neurocritical care units., Am J Crit Care. 10(2), 74-8
- 26) Frisk U, Nordström G., 2003, Patients' sleep in an intensive care unit--patients' and nurses' perception., J Clin Nurs., 18(17), 2521-9
- 27) Bélanger L, Ducharme F., 2011, Patients' and nurses' experiences of delirium: a review of qualitative studies., Nurs Crit Care., 16(6), 303-15
- 28) Ringdal M, Johansson L, Lundberg D, Bergbom I., 2006, Delusional memories from the intensive care unit--experienced by patients with physical trauma., Intensive Crit Care Nurs., 22(6), 346-54