

第 50 回緩和ケアチーム抄読会

平成 22 年 4 月 28 日

担当 宮島加耶

Impact of Delirium and Recall on the Level of Distress in Patients With Advanced Cancer and Their Family Caregivers

Bruera E, Bush SH, Willey J et al.

Cancer 2009; 9:2004-2012

【背景】

せん妄は進行がん患者に見られる最も頻度の高い合併症の一つである*1。がん患者および家族の、せん妄に関するつらさの程度に関するデータは少ない。

<筆者らの先行研究>過活動性のせん妄では、患者には記憶や気持ちのつらさを認めなかった。

<Breitbart らの先行研究>せん妄を呈したがん患者 154 人のうち 101 人が完全に回復、そのうち 53.5%がせん妄の体験を想起可能。せん妄に関するつらさは Delirium Experience Questionnaire [DEQ]で配偶者/ケアギバー>患者>看護師。

本研究では、せん妄から完全に回復した患者、家族（ケアギバー）、スタッフの、せん妄の体験の想起およびつらさの程度を調査することを目的とする。

* せん妄の頻度：急性期病院やホスピスに入院中の進行がん患者のうちの 28-48%、死亡の数日から数日前には 85-90%。

【方法】

患者、家族・ケアギバー、臨床ナース、緩和ケアスペシャリストに、リサーチナースが患者のせん妄の回復から 3 日以内に個別面接を行って調査した。

<対象>

患者：テキサス MD アンダーソンがんセンターに入院中の、DSM IV-TR のせん妄の診断基準をみたした進行がん患者のうち、3 日以内に完全に症状が回復（MDAS \leq 13）した者。18 歳以上。英語でのコミュニケーションが可能。ベースの認知機能は正常。治療はサブタイプ別に。

過活動型、混合型：定時ハロペリドール 2mg を 6 時間ごと（8mg/日）＋不穏時屯用 2mg/時（最

大 30mg/日）

低活動型：定時なし 不穏時屯用ハロペリドール 2mg/時

家族・ケアギバー：配偶者、成人した子供、孫、親、その他の親戚、パートナーなどその他の重要な他者。せん妄の期間中、毎日 4 時間/日以上つきそっていた者。18 歳以上、英語

可。

クリニカルナース：日勤のベッドサイドの看護師。

緩和ケアスペシャリスト（PCS）：advanced nurse practitioner や医師。

<評価>

Memorial Delirium Assessment Scale（MDAS）：10項目をそれぞれ0-3で評価。身体疾患患者のせん妄の診断、重症度分類の尺度。本研究では ≥ 13 でせん妄あり、 ≤ 15 軽度、16-22中等度、23-30重度。項目9（覚醒度、精神運動興奮）でサブタイプも。

MMSE：ベースの認知機能の評価として。<24で認知症あり（年齢、教育歴にも左右される）。

Delirium Experience Questionnaire（DEQ）：せん妄体験の想起およびせん妄エピソードについてのつらさの程度に関する6つの質問（本文）。「つらさなし」を0、「非常につらい」を4とする5段階で評価。

せん妄の症状：場所の見当識障害、時間の見当識障害、幻視、幻触、幻聴、妄想、精神運動興奮の7つの症状の頻度を「なし」を0、「ほぼ1日中」を4とする5段階で評価。

統計： χ^2 乗検定、フィッシャー検定、ウィルコクソン順位和検定、回帰分析 SAS version 9.1

<調査期間>2005年7月から2007年9月

【結果】

175名のうち、27名がせん妄の回復が不十分で不可、48名が患者あるいは家族の拒否で不可、1名が文書で同意した後に撤回→ 99名がエントリー

患者と家族の背景（表1）：性別、人種、原病の診断、せん妄の期間、MDAS、MMSE、教育歴、患者との関係

せん妄のサブタイプ：低活動型20名（20%）、過活動型13名（13%）、混合型66名（67%）

せん妄の原因：92名（92%）が2つ以上の原因あり。関連する因子は250以上、頻度の高い順に、オピオイド69名（28%）、感染38名（15%）、オピオイド以外の薬剤18名（7%）、脳転移15名（6%）、高Ca血症11名（4%）、脱水10名（4%）

73名（74%）の患者が意識混濁の記憶あり。サブタイプ別には有意差なし。想起可能であった73名のうちの59名（81%）、想起不可能であった26名のうち11名（42%）がつらい体験と回答（ $P=0.01$ ）。

73名のDEQの項目別の回答は、場所の見当識障害48名（66%）、時間の見当識障害51名（70%）、幻視41名（56%）、幻触11名（19%）、幻聴14名（19%）、妄想28名（38%）、精神運動興奮45名（62%）

DEQによるつらさの程度（表2）：せん妄の想起あり：3 vs 想起なし：2（ $P=0.03$ ）で有意差あり。せん妄のサブタイプ、性別、人種による有意差なし。

想起可能な患者および家族の間の症状ごとの想起とつらさ（表 4）：家族の方が想起、つらさともに高いが、患者と家族の間に有意差なし。

症状の頻度についての想起の一致に関する分析（表 5）：患者/家族間は有意に一致、看護師と PCS は一致が低い。

症状に関連するつらさの一致に関する分析（表 6）：患者/家族間は有意に一致。

せん妄に関するつらさ：患者：2、家族：3、看護師：0、PCS：0

【考察】

せん妄エピソードから回復した 74%の患者がエピソードを想起していることが示された。また、想起可能であった患者において、精神運動興奮、幻覚、見当識障害に関連してせん妄体験をつらいと感じる程度がより高かった。101 人のがんの入院患者を対象とした先行研究（Breitbart et al, 2002）では、せん妄の想起可能な患者が 53.5%と低く、本研究の方が過活動型・混合型が多いというせん妄のサブタイプの違いによるものかもしれない。

本研究では患者、看護師、PCS に比べ、家族の方がせん妄に関する症状を多く想起していた。これは、家族が患者の行動や抗精神病薬の治療反応性の観察者となりうることを示唆する一方、家族が過剰に解釈している可能性や不安が影響している可能性もある。今後、客観性のある視覚的あるいは聴覚的な根拠が必要である。患者と家族の間には想起された症状の頻度に一致を認めたが、患者と看護師、患者と PCS、家族と看護師、家族と PCS、看護師と PCS の間には症状の頻度の想起に一致を認めず、現在のせん妄の評価の正確性に対する疑問が生じる。医療者は自分たち以上に家族は患者の行動に気づき、つらく感じていることを念頭に置き、家族の気づいた患者の行動を定期的に評価し、継続的な助言を与えることが重要である。それは家族のつらさの軽減、医療者と家族の衝突の軽減にもつながるだろう。

<今後の展望>

せん妄のスクリーニング、早期発見のためのベッドサイドでのツールの導入が必要である。せん妄のエピソードをより構造的にモニターするために、家族やつきそいの人による観察を定期的に報告してもらうことも可能かもしれない。せん妄は患者、家族にとってつらさを伴う体験であり、今後、早い段階からの非薬物療法による介入の利点に関する研究を行う必要がある。

<本研究の限界>

対象の選択の問題として、せん妄から完全に回復した患者のみ、せん妄の悪化する夜でなく日勤の看護師のみを対象としていること。ビデオ撮影などの実際の症状の正確な評価をしていないこと。せん妄に関するつらさがどれくらい持続するのかを評価していないこと（一時的ならば重要性は低い）。

【参考資料】

<せん妄の診断基準 DSM-IV-TR （一部改変）>

- 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（記憶欠損、失見当識、言語の障害など）、または先行する認知症では説明されない知覚障害の発現
 - C.数時間から数日のうちに出現、1日のうちで変動
 - D.病因とする証拠がある（一般身体疾患、物質中毒、物質離脱など）
- <せん妄のサブタイプ>
- 過活動型 hyperactive subtype 低活動型 hypoactive subtype 混合型 mixed subtype
- せん妄のサブタイプと病因の関連については議論あり。