

急性心筋梗塞のクリティカルパス改訂前後の譫妄発症率の調査

武田麻衣子, 庄司 早苗, 可知 晴香, 酒井 知美, 本間しのぶ, 瀧澤 明美

北海道社会保険病院 心臓血管センター

Key Words :

譫妄, 絶対安静, 急性心筋梗塞, NEECHAM 混乱錯乱スケール
マズロー欲求階層理論

要 旨

当院 CCU では、入室中に譫妄状態となる急性心筋梗塞の患者が多くみられており、長期間の絶対安静が譫妄の発症に関連しているのではないかと考え、クリティカルパスを改訂し、絶対安静期間、CCU 在室日数の短縮を行った。その結果、譫妄の発症率は40%から26%へ減少した。これは、絶対安静期間の短縮により患者は生理的欲求や安全、安定性欲求などの基本的欲求が満たされない心理的緊張状態、さらには腰痛など身体的緊張状態から開放されたため、譫妄の発症を回避できたためと考える。そのため、絶対安静期間を最短にとどめるように、心筋梗塞発症から再灌流まで速やかに対応していくことが重要であり、また患者の状況を理解し、緊張状態を緩和させるよう関わっていくことが必要である。

はじめに

当院 CCU では入室中に譫妄状態となる急性心筋梗塞(以下 AMI)の患者が多くみられた。ICU や CCU に入室する患者は、様々なカテーテルが挿入され動きが抑制されることや、特殊な環境による不安感などがあり、多くの身体的、精神的ストレスを受けることで容易に譫妄が発症することは知られている。私たちはその中でも、自覚症状が消失しても合併症予防のために必要となる長期間の絶対安静が譫妄の発症に大きく関連しているのではないかと考えた。譫妄の発症は、カテーテルの自己抜去や転倒、転落などの危険を引き起こしたり、AMI の患者では安静が守られないことにより、合併症の発症など生命の危険を脅かす恐れがある。当院では AMI 患者にクリティカルパス(以下パス)を使用しているが、それは当院循環器開設当初から使用していたもので、他院のものと比較しても CCU 在室日数、絶対安静期間が長かった。また、近年経皮的冠動脈形成術(以下 PCI) が発展してきていることもあり、パスを見直していく必要があると考え、パスの改訂を行った。

その結果、安静期間が短縮し、譫妄の発症が減少したため報告する。

用語の定義

- ・譫妄～意識障害の一種で、幻覚、妄想などの病的な体験を伴い、不安や興奮が目立つ独特の状態像¹⁾。精神医学的診断名として多く用いられている。
- ・「日本語版 NEECHAM 混乱、錯乱スケール」～北米ノースカロライナ州の看護研究者らによって開発された譫妄や急性混乱、錯乱状態の尺度を示す NEECHAM Confusion Scale(NCS)を、綿貫成明らが日本語版として作成したもの。急性混乱、錯乱状態を3つのサブスケールと9つの項目で点数をつけ、中等度～重度、発症初期～中等度、発症の危険性が高い状態、正常の4段階で評価する。特徴としては、①患者への質問ではなくケアを通して評価できるため、患者の負担とならず答えを記憶してしまうということがない。②発生初期、早期の症状発見に優れている。③重症度の測定がで

きる。があげられる。

研究方法

1) 期間

平成15年2月～平成17年11月

2) 対象

AMI パス改訂前後各35名 (H15年2月～H17年2月) 年齢～改訂前62.6±10.6歳 改訂後64.9±13.6歳 (P=0.15) : ステューデント t 検定

3) 調査方法

- ① AMI パスの改訂 (絶対安静期間の短縮。CCU 在室期間の短縮。)
- ② 「日本語版 NEECHAM 混乱、錯乱スケール」を用いて譫妄の発症の有無と程度を調査。
- ③ 絶対安静期間、CCU 在室日数と譫妄発症率の関係を調査。

(分析方法) エクセル統計 Statcel を使用した。

結果

パスの改訂により、絶対安静期間は改訂前は最中でも2日間であったのが、改訂後には入院当日のPCI治療後までへと短縮し、穿刺部位の止血が終了すると自力体交、ベッドアップ30度が可能となった。パス上では、CCU 在室日数は8～16日であったのが、改訂後は2～12日となり、4～6日間の短縮となった。また、実際の改訂後のCCU 在室日数は、平均4.9日で0.72日の短縮となった。(表1)

表1 パス改訂前後の安静度と CCU 在室日数の比較
(改訂前)

	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目	8日目	9日目	10日目	11日目～	16日目
2週間コース	絶対安静		ギャジアップ30度 自力体交可	AM ギャジアップ90度 PM 自坐位	AM 立位3分 PM 足踏み2分	室内歩行2分(AM・PM) 1日目 床上フリー 2日目 必要時のみ 歩行可		病棟へ				
3週間コース	絶対安静		ギャジアップ30度 自力体交可	AM ギャジアップ90度 PM 自坐位	AM 立位3分 PM 足踏み2分	室内歩行2分(AM・PM) 1日目 床上フリー 2日目 必要時のみ歩行可				病棟へ		
4週間コース	絶対安静		ギャジアップ30度 自力体交可			AM ギャジアップ90度 PM 自坐位	AM 立位3分 PM 足踏み2分		室内歩行2分(AM・PM) 1日目 床上フリー 2日目 必要時のみ 歩行可		病棟へ	

(改訂後)

	入院時	カテ後	1日目	2日目	3日目	4・5日目	6・7日目	8・9日目	10・11日目	12日目
CPK1000未満	絶対安静	安静解除後 床上安静		病棟へ トイレ洗面可	棟内フリー					
CPK4000未満 EF40%以上	絶対安静	安静解除後 ギャジアップ30度 自力体交可	ギャジアップ90度 1時間	自坐位1時間	立位3分	病棟へ				
合併症併発例	絶対安静	安静解除後	ギャジアップ30度 自力体交可			ギャジアップ90度 1時間	自坐位1時間	立位3分	足踏み2分	病棟へ

*CPK～心筋逸脱酵素。心筋の障害によって細胞外に逸脱して血中に流出し、異常値を示す。
*EF～駆出率。心室が拡張期に充滿した血液量の何パーセントを拍出できるかを表したものの。

「日本語版 NEECHAM 混乱、錯乱スケール」を用いた比較では、譫妄の発症を示している<a+b>は改訂後40%から26%へ減少した。譫妄の発症していない状態を示している<c+d>は60%から74%へ増加した。(図2) また、譫妄の程度別で比較すると、a (中程度から重度の譫妄) は17%から12%へ減少、b (軽度から発症初期の譫妄) は23%から14%へ減少、c (譫妄を起こしていないが危険性が高い状態) は54%から60%へ増加、d (譫妄を起こしていない正常な状態) は6%から14%へ増加した。(図1)

表2 NEECHAM 混乱・錯乱スケール

a	中程度から重度の混乱・錯乱状態
b	軽度または発症初期の混乱・錯乱状態
c	「混乱・錯乱していない」が、その危険性が高い
d	「混乱・錯乱していない」、正常な機能の状態

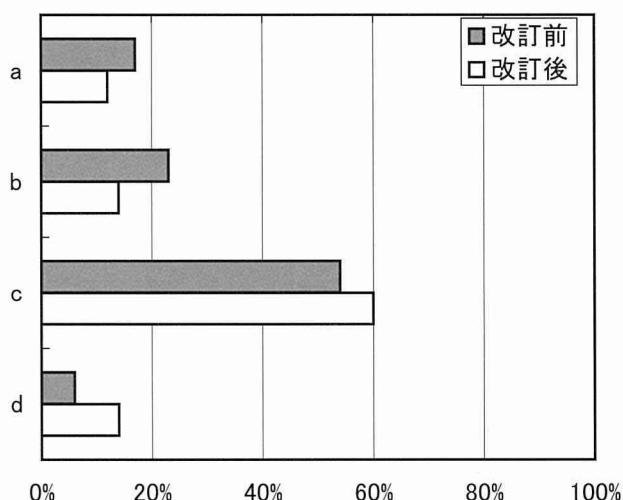


図1 譫妄発症率の程度別での比較

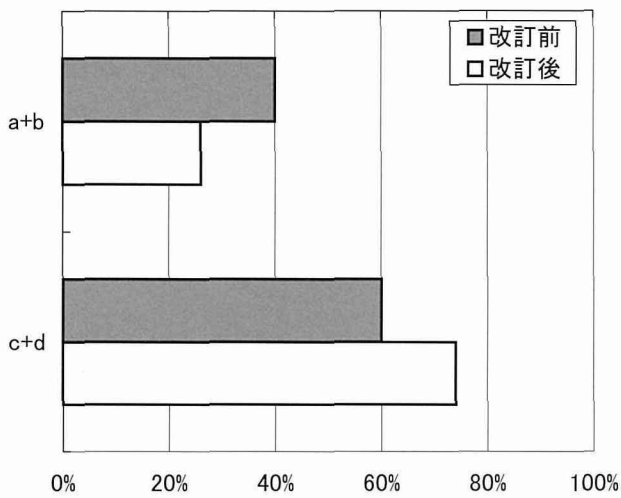


図2 譫妄発症率の比較

考 察

譫妄の発症を示す<a + b>と発症していない状態を示す<c + d>を改訂前後で比較すると、図2より<a + b>は減少しており、<c + d>は増加している。また、全体の内訳をみてみると、図1より軽度の譫妄の発症を示すが減少し、譫妄を起こす危険性が高い状態を示す<c>が増加しており、これは、絶対安静の短縮により譫妄の発症を未然に防ぐことができたためと思われる。

改訂前は予定より早く退室する事例や、改訂後は病床の都合で退室が遅れた事例があったため、実際のCCU在室日数は0.72日の短縮にとどまった。

一般的に高齢になるほど譫妄が発症しやすいといわれている。検定の結果でも、AMI患者の年齢と譫妄発症の有無に有意な関係を見出すことができた。(P<0.05: χ^2 独立性の検定)パス改訂前後での年齢に有意差がなかったことから、今回の譫妄発症率の減少に年齢が関連している可能性は低いと考えられる。しかし、譫妄の発症を防ぐためには、高齢者への関わり方が重要となってくる。高齢者は、何らかの負荷や刺激を受けた時、これを正常に戻そうとする反応が弱く、正常に戻るまでの時間が長い。そのため、一度環境が変わると日常生活に適応ができず種々の不適応症状が出現する、という特徴がある。高齢者に関わるにあたって、CCUの特殊性を理解した上で、その環境の変化を最小限にするよう看護を行っていくことが必要である。

絶対安静期間はパスの改訂によって短縮された。マズローは、人間の欲求を優先度に従って類別し、

低位のものから高位のものへ階層づけを行い、低次の欲求が満たされるとより高次の欲求が次に出現してくるとした。(図3)絶対安静中の患者の状況をマ

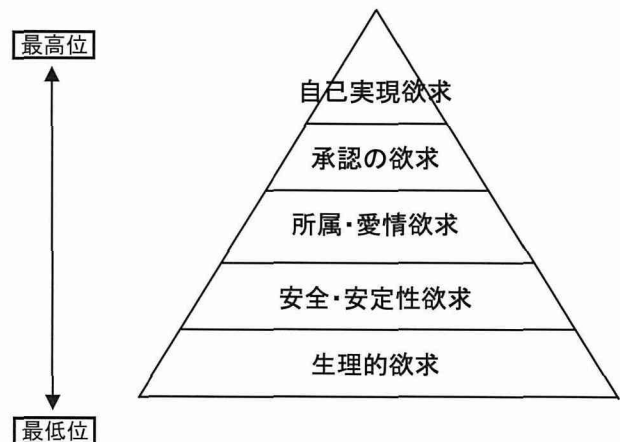


図3 マズローの欲求階層理論

ズローの欲求階層理論に沿って分析すると、禁食あるいは食事に介助を要し、床上排泄を強いられ、思うように体を動かすことができずに十分な休息もとることができない状況は、最も下層の「生理的欲求」が満たされない状況であるといえる。また、突然の発症、緊急入院、機械に囲まれたCCUの環境は患者にとって非日常的で異常な出来事である。心機能の低下、ADLの制限は患者にとって喪失体験となる。特に生命に関わるような合併症が予測されるこの時期は、人生そのものへの不安をも増強させる。このような状況は「安全・安定性欲求」が妨げられた危機的状态と言える。畑は「欲求群のなかで満足されていない欲求があると、それは人間の内部に心理的な緊張を生じさせる」²⁾といている。下層の基本的欲求が満たされない絶対安静中のAMI患者は、上層の欲求も満たされず常に心理的緊張状態の中にあり、さらに腰痛などの身体的な苦痛を感じている。絶対安静期間の短縮後に譫妄発症率が減少したことは、CCUから退室はできないが絶対安静から少しずつ開放され、患者の欲求が満たされ始め、心理的・身体的緊張が緩和されていくことで譫妄の発症が回避できたためと考える。

今回の研究では事例数が少なかったため結果に偏りが生じた可能性があり、今後は事例数を増やして調査、検討を重ね、安静期間と譫妄の発症とのより密な関係を明らかにしていくことが課題であると考えられる。

考 察

パス改訂によって譫妄発症率が減少したことは、絶対安静期間が短縮したことで、患者の心理的・身体的緊張が緩和されたことが関連していると考えられる。

AMI は心筋ダメージの大きさが合併症や予後を左右する。絶対安静期間を最短にとどめるためには、発症から再灌流まで可及的すみやかに対応していく事が重要である。また、絶対安静中の患者の状況を理解し、環境の変化を最小限に抑え、苦痛を取り除き、患者の欲求を満たすように関っていくことが譫妄の発症を予防していくために重要であると考えられる。

引用、参考文献

- 1) 佐藤壺三ほか：危機状況と心の働き。精神看護学、新版、メヂカルフレンド社、東京、1997、96-97
- 2) 残間由美子ほか：せん妄時の身体的、生理的条件を観察する。看護実践の科学、Vol.30 No.9、2005、78
- 3) 南川雅子、太田喜久子：せん妄患者のアセスメントとケア。ExpertNurse Vol.16 No.7、2000
- 4) 綿貫成明、酒井郁子、竹内登美子ほか：日本語版 NEECHAM 混乱、錯乱スケールの開発およびせん妄のアセスメント。臨床看護研究の進歩、Vol.12、2001
- 5) 高橋百合子：看護過程へのアプローチ。第1巻、株式会社学習研究所、東京、1987