同じ土俵の上で：「deliriumとせん妄は同じとは限らない」

編集委員長殿

ICUにおけるdeliriumの臨床研究は世界的に注目を集めている。その理由として、deliriumを発症した患者はそうではない患者より、6ヶ月死亡率が3倍以上高くなること¹⁾、deliriumの有無で入院費に有意な差があること(\$41,836 vs \$27,106)²⁾が挙げられる。日本のICUに従事している医療スタッフに果たしてこのような意識があるだろうか？ 答えは「No」である。それはなぜか？ その疑問をこれから解決していきたいと思う。

われわれはdeliriumを先入観で判断していないか？

Deliriumについて知れば知るほどその診断が難しいことがわかる。「安静が守れず、チューブ類が抜去された」としてもこの現象だけではdeliriumとは言えない。「不穏(agitation)」というべきである。Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS)³⁾の+3に相当する。分析を進めてみると、その「不穏」はdeliriumの症状かもしれないが、不安または疼痛から生じたものかもしれない。Deliriumと診断するにはConfusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU)⁴⁾の「注意力欠如(所見2)」を証明する必要がある。そもそもCAM-ICUが作成された背景には、Inouyeらが作成したCAM⁵⁾では不安定な病態の患者や気管挿管された患者には使用できないという問題点があった。CAMは非精神科医が簡便、かつ迅速にdeliriumを診断する目的で作成されたツールである。

以上を要約すると、delirium診断ツールの開発の歴史は、deliriumの診断を非精神科医である医療従事者へ開放し、ICUでの診断を可能とした道りと言うことができる(なお、CAM-ICU以外にもdeliriumの診断ツールはある)。翻って、井出らの報告は、内科的治療を行った急性大動脈解離患者のdelirium発症を、パンフレット介入前後で比較した研究⁶⁾で大変興味深い内容であるが、deliriumの診断法に疑問が残る。診断の具体的方法を知りたいところである。更に細かい点として、deliriumの定義に「注意力欠如(障害)」が含ま

れていないことも気になる。研究が2005年以前で、deliriumの日本語版診断ツールがなかったのは承知しているが、今後のこれに続く更なる研究の際には是非、日本語版診断ツールを参考にしてほしい。

なぜ、海外ではhypoactive deliriumが多い^{7),8)}のか？

その理由は明白である。Hypoactive deliriumは、CAM-ICUを代表とする確かなdelirium診断ツールを用いないと診断できず、従来の主観的診断法では診断できないからである。では、従来の方法をとった場合、これらはどのように判断されているのか？ 「何となく元気がない様子」、「鎮静がまだ残っている状態」、「敗血症性脳症」などがそれに相当する。CAM-ICUでは、RASSが-3以上(-4と-5を除く)の場合、次のdelirium評価に進むが、気管挿管患者の抜管前後ではRASSマイナス側、deliriumあり—すなわち、hypoactive delirium—の状態によく遭遇する。この状態は鎮静法の影響、急性期疾患の病態とも関わり、一概に何が原因とは言い切れない。その証拠に、Pandharipandeらはdeliriumの発症要因に鎮静薬のロラゼパム(日本では未使用のベンゾジアゼピン系)とacute physiology and chronic health evaluation (APACHE) IIスコア⁹⁾を挙げている¹⁰⁾。患者のケアでリスクマネジメント(短期的視野)上注意を要するのはhypoactive deliriumではなく、hyperactive deliriumの方である。一方、6ヶ月予後(長期的視野)についてはその逆である⁴⁾。日本のdelirium研究が看護師任せ*で短期的視野になっている以上、これは大部分の日本の医療関係者で認識されているところの「せん妄」(「不穏」and/or hyperactive delirium)に留まり、せん妄とdeliriumの溝はいつまでも埋められず、欧米から大きな遅れをとるであろう。これを機に、せん妄とdeliriumの違いを大いに理解してほしい。

*看護師任せとは、看護師主体の研究を非難したものではない。むしろ医師のdelirium研究への無関心さに警鐘を鳴らしている。

鶴田 良介

山口大学医学部附属病院先進救急医療センター

(〒755-8505 山口県宇部市南小串1-1-1)

文 献

- 1) Ely EW, Shintani A, Truman B, et al. Delirium as a predictor of mortality in mechanically ventilated patients in the intensive care unit. JAMA. 2004;291:1753-62.
- 2) Milbrandt EB, Deppen S, Harrison PL, et al. Costs associated with delirium in mechanically ventilated patients. Crit Care Med. 2004;32:955-62.
- 3) Sessler CN, Gosnell MS, Grap MJ, et al. The Richmond Agitation-Sedation Scale: validity and reliability in adult intensive care unit patients. Am J Respir Crit Care Med. 2002;166:1338-44.
- 4) Ely EW, Margolin R, Francis J, et al. Evaluation of delirium in critically ill patients: validation of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). Crit Care Med. 2001;29:1370-79.
- 5) Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, et al. Clarifying confusion: The Confusion Assessment Method: a new method for detection of delirium. Ann Intern Med. 1990;113:941-8.
- 6) 井出恵伊子, 梅田亜矢, 小川めぐみ, 他. 内科治療を受ける急性大動脈解離患者に対するパンフレットのせん妄予防効果 —知識不足への対応によるせん妄減少の可能性. 日集中医誌. 2008;15:205-12.
- 7) Peterson JF, Pun BT, Dittus RS, et al. Delirium and its motoric subtype: a study of 614 critically ill patients. J Am Geriatr Soc. 2006;54:479-84.
- 8) Pandharipande P, Cotton BA, Shintani A, et al. Motoric subtype of delirium in mechanically ventilated surgical and trauma intensive care unit patients. Intensive Care Med. 2007;33:1726-31.
- 9) Knaus WA, Draper EA, Wagner DP, et al. APACHE II: a severity of disease classification system. Crit Care Med. 1985;13:818-29.
- 10) Pandharipande P, Shintani A, Peterson J, et al. Lorazepam is an independent risk factor for transitioning to delirium in intensive care unit patients. Anesthesiology. 2006;104:21-6.

受付日2008年 5 月26日
採択日2008年 6 月18日

Playing in the same game: “delirium is not always the same as Japanese delirium”

To the Editor: Ryosuke Tsuruta

Advanced Medical Emergency & Critical Care Center (AMEC³), Yamaguchi University Hospital
(1-1-1 Minamikogushi, Ube, Yamaguchi 755-8505, Japan)

J Jpn Soc Intensive Care Med. 2009;16:103~104.