

せん妄の介入

- してはいけないこと
 - 不必要なベンゾジアゼピン系などの薬物の処方
- 必要なこと
 - せん妄の原因疾患の治療
- せん妄の治療の助けになること
 - 昼夜のリズムの確立を助ける
 - 安心・保証を与える（家族同伴など）
 - 静かな環境を整える
 - 慣れた環境に近づける（普段使っているものを持ってきてもらう）
 - 必要なときには、分かりやすく短い指示を出す
 - 日時について常に伝える
 - 今何が起きているのか繰り返し伝える

本パンフレットは、平成22年度成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業「子どもの心の診療に関する診療体制確保、専門の人材育成に関する研究」（研究代表者：奥山真紀子）分担研究「子どもの感情障害の診断および自殺企図・せん妄などの危機介入の標準化に関する研究」（研究分担者：齊藤卓弥）により作成した。

子どものせん妄



「子どもにもせん妄はあります。
見逃さないでください」

子どものせん妄

小児科の入院患者の約10%にせん妄が出現すると報告されているが、子どもが成人に比べて行動上の問題がマイルドであることから事例化することが少ないが潜在的には頻度が高く入院日数や生命予後にも関係している。

子どものせん妄の特徴

- 大人で認められる認知の障害や行動上の障害よりも、気分の不安定さ、いらいら、幻聴、妄想が目立つのが特徴
- 急性の発症が多い
- 発達に伴い症状の表出が異なる
- 非活動性のせん妄も多い

せん妄の危険因子

- 男子、低年齢、既存の知的な問題・行動上の問題
- 養育者の不安・抑うつ
- 児童・思春期では、成人期よりもせん妄への脆弱性（特に熱性疾患、麻酔）
- ICUなどの特殊な環境（家族や生活環境から離れた孤独な状況、身体拘束、ノイズ、睡眠リズムを妨害されること）。

子どものせん妄の診断（DSM-IV-TR）

1. 注意を集中し、維持し、転動する能力の低下を伴う意識の障害（すなわち環境認識における清明度の低下）
2. 認知の変化（記憶欠損、失見当識、言語の障害など）、またすでに先行し、確定され、または進行中の痴呆ではうまく説明されない知覚障害の発現
3. その障害は短期間の内に出現し（通常数時間から数日）、一日の内の変動する傾向がある
4. 病歴、身体診察、臨床検査所見から、その障害が、一般身体疾患の直接的な生理学的結果により引き起こされたという証拠がある。

子どものせん妄の基礎疾患

“I WATCH DEATH”

鑑別疾患群	診断
Infection 感染症	脳炎、髄膜炎、HIV、敗血症
Withdrawal 離脱	アルコール、鎮静-睡眠導入剤
Acute metabolic 代謝性	アシドーシス、アルカローシス、電解質異常、肝不全、腎不全
Trauma 外傷	頭部外傷、熱中症、重症熱傷
CNS pathology 中枢性	膿瘍、出血、水頭症、硬膜下血腫、感染症、てんかん、梗塞、腫瘍、血管炎
Hypoxia 低酸素	貧血、一酸化炭素中毒、低血圧、呼吸器不全、心不全
Deficiencies 欠損症	ビタミンB12, 葉酸、サイアミン
Endocrinopathies 内分泌性	副腎機能障害、低・高血糖、甲状腺機能障害、副甲状腺機能低下症
Acute vasuclar 血管性	高血圧、脳症、梗塞、不整脈、ショック
Toxic or Drugs 中毒・薬物	薬物、非合法薬物、農薬、有機溶媒
Heavy metal 重金属	鉛、マグネシウム、水銀

子どものせん妄では、主たる症状である注意の障害、錯乱、集中力の障害が発達段階によって大きく異なるため子どもと思春期に分けて評価す必要があると考えられる。

児童期

- 1) 意識レベルの評価と2) 行動の変化が診断に不可欠である。
- 児童期では、意識レベルの評価として Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS)が児童期には最も適切と考えられる。
- 児童の行動評価では、PAED評価の方法として、「1. 子どもが医療提供者とアイコンタクトをする。2. 子どもの行動が目的があるものである。3. 子どもが周囲について気付いている。4. 子どもが落ち着きない。5. 子どもが気が休まらない。」の5段階で評価しせん妄の診断を行うことを提案する。

思春期

- 1) 意識のレベルの評価と2) 意識の内容の評価を行う。
- 意識レベルの評価には、RASSを用いる。
- 意識の内容の評価については、より具体的な行動の変化に注目し、1) 精神科現症の急激な変化あるいは変動の有無、2) 文字の認識や記憶の評価をすることで不注意の存在、3) 混乱した思考の有無によって評価することが提案される。