

論 文

術後精神症状発症に関する要因の分析

千場 順子*・岡本 政枝*・真田 弘美**・須釜 淳子**

* (金沢大学医学部附属病院)

**(金沢大学医療技術短期大学部)

Factor analysis of post operative psychiatric symptoms

Junko Hoshiba, Masae Okamoto, Hiromi Sanada and Junko Sugama

Kanazawa University Hospital, Department of Nursing

School of Allied Medical Professions Kanazawa University

要 旨

一過性の術後精神症状の発症は、治療や看護管理上の大きな問題となっている。発症の要因は一般的には様々挙げられているが、どの要因が大きく影響しているかはまだ明らかにはされていない。

今回、要因を分析する目的で研究を行い、以下の結論を得た。

術後精神症状の発症は術前および術後1日目においても予測可能である。

術前の要因は、病名・年齢・睡眠状況・コーピング様式であり、術後1日目ではバイタルサインの観察回数・ラインの本数・鎮痛剤の使用回数・ブレーデンスケールの可動性である。

1. 目 的

近年消化器外科においては、高齢者および難易度の高い手術件数の増加により一過性の術後精神症状を呈する患者が増え、治療や看護管理上の問題となっている。その発症の要因はそれぞれの患者によって異なり、また、幾つかの要因が重なっているために、特定の要因を指摘することは難しいと言われている。

しかし、手術前より術後の精神症状の発症を予測できれば看護介入が可能となり、発症を予防できるのではないかと我々は考えている。一般的には高齢、不眠、不安、環境の変化など様々な要因が挙げられているが、どの要因が大きく影響しているかは未だ明らかに

されてはいない。

そこで今回、術前からの精神症状発症の予測と看護介入方法を検討する目的で、発症の予測要因を肉体的侵襲の状況と、心理面の反応、そして生活環境の変化から抽出し、多変量解析により要因の分析を行った。なおここでいう術後精神症状とは全身麻酔で手術を受け、術後急性期に意識混濁をきたし、幻覚・妄想・不穏などの状態を呈することを指す。

2. 対象と方法

1) 対象

1989年1月～1990年12月までの2年間に、金沢大学医学部附属病院消化器外科病棟にお

いて、全身麻酔で手術を施行した患者238名である。性別は男性128名、女性110名、年齢は15才～83才で平均58.4±12.7才、ただし、入院前に精神疾患・脳血管障害の既往のある患者は除外した。また、この238名のうち手術前に精神症状を示した人はいなかった。

2) 方法

(1) 術後精神症状発症の有無について

care を担当する看護婦に各勤務帯ごとに術後1日から1週間にかけての患者の言動を詳しく看護記録に記載してもらい、研究者が幻覚・妄想・不穏の3つの分類で分析判断した。

(2) 術後精神症状発症要因の検討

術前の要因として肉体への侵襲、心理・社会的の反応、生活環境の変化の3つの側面から病名・年齢・性別・睡眠状況・患者のコーピング様式・患者の印象・職業・飲酒・喫煙の9項目を文献検討より挙げた^{1)～5)}。コーピング様式は岡谷氏の手術を受ける患者が用いる6つのコーピング様式⁶⁾を使用した。

術後、発症に影響を及ぼす要因として、肉体への侵襲を第一と考え、術後1日目のバイタルサインの観察回数・ドレーンや点滴などのラインの本数・疼痛の状況を知る手段として鎮痛剤の使用回数・それに安静度・麻酔時間・レスピレーター装着の有無の7項目について診療記録、看護記録より収集した。安静度を示す方法として褥創発生予測尺度である日本語版ブレーデンスケールの活動性、可動性のサブスケールを用いた⁷⁾。

分析は術後精神症状発症の有無に関わる要因を林式数量化II類を用いて抽出した。

表1 精神症状発症時期と発症時間

病名	年齢	性別	発症日と発症時間					持続日数
			1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	
食道癌	55	♂				7°		1
	56	♂				1°		4
	56	♂				3°		2
	58	♂						4
	71	♂						10
	80	♂	19°	1°	12°			7
肺胆管癌	58	♂				7°		1
	71	♂				0°		8
	73	♀						14
肝臓癌	53	♂			23°30'			1
	59	♂			7°			2
	72	♂				3°		4
胃癌	60	♂			0°30'			6
	65	♂		21°				1
	67	♂						1
	67	♀		15°				1
	74	♂				3°		2
	76	♂			17°30'			1
	81	♂			2°			1
消化管出血	69	♂		18°				1
計			20	1	5	6	7	平均3.6

表2 術前要因のアイテムレンジ

順位	要因	レンジ
1位	病名	0.4539
2位	年齢	0.2158
3位	睡眠状況	0.1016
4位	コーピング様式	0.0963
5位	職業	0.0658
6位	性別	0.0483
7位	飲酒	0.0456
8位	患者の印象	0.0409
9位	喫煙	0.0396
相関比		0.55
判別の中率		89.1%

3. 結 果

1) 術後精神症状発症の状況

238名中20名が発症し、全体の(8.4%)であった。症状の発症は表1に示すように、術後1日目から術後5日目までの範囲であり、

平均持続期間は3.6日であった。また、夜間の発症は12名(60%)であった。20名のうち、幻覚を呈した患者は6名、不穏を呈した患者は6名、幻覚と不穏の2つを呈した患者は8名であり、妄想を呈した患者はいなかった。

2) 術前より予測される術後精神症状発症要因

発症の有無に関する要因の数量化II類の結果を表2に示した。9つの要因のうちレンジの大きいものから順に、病名・年齢・睡眠状況・コーピング様式・職業・性別・飲酒・患者の印象・喫煙の順で、相関比0.55判別の中率89.1%であった。そのうち上位を占めた病名・年齢・睡眠状況・コーピング様式の4つの要因について分析した結果を表3に示した。相関比は0.50、判別の中率91.2%であった。

各要因のカテゴリースコアより、発症が多

表3 術後精神症状発症に影響する要因とカテゴリースコア
術前要因ー上位4項目

要因	カテゴリ	人数	カテゴリースコア	レンジ
病名	1 食道癌 2 脾胆管癌 3 肝臓癌 4 胃癌 5 大腸癌 6 胆石 7 消化管出血 8 その他	12 19 19 66 32 57 9 24	0.3387 0.0625 0.0645 0.0253 -0.1000 -0.0650 0.0343 -0.0645	0.4386
年齢	1 50才以下 2 51~60才 3 61~70才 4 71才以上	50 65 82 41	-0.0653 0.0289 -0.0408 0.1154	0.1807
睡眠状況	1 良眠 2 不眠	170 68	-0.0352 0.0881	0.1233
コーピング様式	1 問題状況の再認知 2 おまかせ 3 情報探求 4 感情の表出 5 回避 6 問題を取り組む	54 84 10 8 50 32	0.0231 -0.0116 -0.0387 -0.0431 0.0144 -0.0080	0.0662

相関比 0.50
判別の中率 91.2%

かったのは病名では食道癌の患者、年齢では71才以上、不眠で、コーピング様式は問題状況の再認知の患者である事が示された。

3) 術後1日目に予測される術後精神症状発症要因

表4に示すように、7つの要因のうちレンジの大きいものからバイタルサインの観察回数、ラインの本数、鎮痛剤の使用回数、ブレーデンスケールの可動性・麻酔時間・ブレーデンスケールの活動性・レスピレーター装着の順であった。相関比率0.47、判別的中率84.0%であった。

要因のカテゴリースコアより、発症が多かったのは、バイタルサインの観察回数1時間毎以上、ラインの本数10本以上、鎮痛剤の使用回数2回、ブレーデンスケールの可動性の自由に体動する、麻酔時間では401分以上、ブレーデンスケールの活動性の臥位、レスピレーターが装着されている患者であることが示された。

4. 考 察

術後精神症状発症に影響を及ぼす要因については、今までに様々な報告が成されている。例えば村島¹⁾は①生活環境②心理・社会的反応

表4 術後精神症状発症に影響する要因とカテゴリー^{スコア}
術後要因

要因	カテゴリー	人数	カテゴリー ^{スコア}	レンジ
バイタルサイン の観察回数	1 1 h 每 2 2 h 每 3 4 h 每	20 58 160	0.1552 0.0881 -0.0491	0.2042
ラインの本数	1 0~4 本 2 5~9 本 3 10 本以上	124 86 28	-0.0109 -0.0292 0.1382	0.1674
鎮痛剤の 使用回数	1 0~1 回 2 2回 3 3回以上	140 46 52	-0.0391 0.0911 0.0248	0.1302
ブレーデン スケール可動性	1 全く体動なし 2 非常に限られる 3 やや限られる 4 自由に体動する	7 106 100 25	-0.0643 0.0155 -0.0117 0.0371	0.1015
麻酔時間	1 100分以下 2 101~200 分 3 201~300 分 4 301~400 分 5 401分以上	38 95 49 25 31	0.0317 -0.0427 0.0267 -0.0043 0.0532	0.0804
ブレーデン スケール活動性	1 臥位 2 坐位可能 3 時々歩行可能 4 歩行可能	91 107 32 8	0.0341 -0.0191 -0.0301 -0.0126	0.0642
レスピレーター 装着	1 あり 2 なし	30 208	0.0107 -0.0015	0.0123
			相関比 判別的中率	0.47 84.0%

③肉体的侵襲に伴うものと、大きく3つの要因を考え、環境の変化による不安緊張、睡眠障害、疾病の受け止め方、社会的背景（役割・人間関係の変化）、肉体的侵襲（動脈血ガス分圧・水電解質異常・低蛋白血漿・薬物・麻酔時間・人工心肺の使用）をあげている。

掘部²⁾は疾病に対する不安、睡眠障害をあげ、登坂³⁾は年齢、性別、病室の形態、患者の背景、睡眠障害、感覚刺激の遮断、手術処置に対する態度をあげている。

また、中澤⁴⁾は年齢、性別、手術経験、喫煙、合併症、緊急入院、麻酔時間、電解質をあげ、久保木⁵⁾は疼痛、不眠、チューブ類の不快、環境、年齢をあげている。

以上、要因は沢山あげられてはいるが順位をつけた研究ではなく、観察の視点が絞りにくいため予測変数として使用できていない。本研究では、各要因間の分析を行い順位をつけたことで、看護の立場から発症の予防と早期対応に活用できると考える。

研究結果より、術後精神症状発症に影響する術前の要因として、病名・年齢・睡眠状況・コーピング様式の順で上位を占めた。

病名に関しては、食道癌・肺胆管癌・肝臓癌の順に多かった。藤田⁹⁾らの研究でも肺胆管癌・食道癌・肝臓癌の順に多いと報告されている。これらの疾患は重症度が高く集中管理を必要とし、心身の苦痛が大きいため発症を招くと考えられる。

年齢に関しては、従来の報告^{3)~5)8)}でも高齢者に発症が多いと言われているように、当調査においても71才以上の高齢者に発症が多く、高齢者の心理・身体面の特性を充分把握する必要性を再認識した。登坂³⁾は術後精神症状発症までの状況は、ほとんどの症例が睡眠不足状態にあったと報告している。当研究でも術前から不眠状況にあった患者に発症が多く、術後は身体的苦痛も加わり充分な睡眠を確保できなかったことが発症を招いたと考えられる。

コーピング様式では岡谷氏の手術を受ける

患者が用いる6つのコーピング様式を使用したが、患者はほとんどが複数のコーピング様式を用いながらコーピング行動を取っていた。今回の研究では、複数のコーピングの中で一番強く現われたコーピング様式を取り上げた。その中で問題状況の再認知が要因として多かったことは患者が術前の不安を充分に表出できなかっただ可能性が考えられる。

術後の要因としてはバイタルサインの観察回数・ラインの本数・鎮痛剤の使用回数・ブレーデンスケールの可動性・麻酔時間の順であった。この7項目の要因は、術前第一の要因である「病名」の持つ意味を証明する予測因子としても重要であると考える。この7項目の他に、睡眠状況が重要な位置を占めると考えたが、今回は記録からの調査であるため客観的判断が困難であり、要因としては挙げることができなかった。しかし、第一の要因であるバイタルサインの観察回数が、1 h 毎以上の患者に発症が多いことを考えると、瀕回な訪室により睡眠が妨げられた可能性があり、これは睡眠状況をとらえた結果であるとも考えられる。

次に、要因の中で、鎮痛剤の使用回数が3回以上ではなく2回の患者に発症が多いことは、必要以上に痛みを我慢していたと考えられ、また、ブレーデンスケールの可動性において「自由に体動する」の患者に発症が多く、安静制限以上の体動をしていた事実より、自分のおかれた状況が認識できず、拘束感など身体的苦痛から体動してしまったと考えられる。

看護の介入として

術前では、不眠の患者に対しては個々の睡眠パターンを知り、不眠の原因を探り熟眠感を得られるような援助や、術前の不安を充分表出できるような働きかけが必要であろう。

術後では、充分な睡眠を確保するための、痛みのコントロールとバイタルサインの観察方法の工夫や、動きたいという欲求を満たす

ために、許可された範囲内で充分体交を促すことが必要である。

また、危険行動が予測される患者に対し、ラインの整理などの環境整備の工夫も行わなければならない。

当研究は、看護記録からの調査であるため、要因項目が記録の中より抽出されるものに限定される事、また、記録に際しては、できるだけ詳しく記入してもらっているが、看護婦個々の判断に委ねられるため、内容に差が出ることで限界がある。今後、あらゆる角度より要因の再検討を行い、スケール化することができれば、術前及び術後1日目の早期から予防的看護を展開できるのではないかと考える。

5. 結論

術後精神症状の発症は術前および術後1日目においても予測可能であり、その要因は術前では、病名・年齢・睡眠状況・コーピング様式であり、術後1日目ではバイタルサインの観察回数・ラインの本数・鎮痛剤の使用回数・プレーデンスケールの可動性であることわかった。

引用・参考文献

- 1) 村島さい子：術後の精神異常反応と看護 MOOK，東京金原出版，p 253～259，1984
- 2) 捜部陽子：術後の精神不穏状態に陥る危険因子，第20回日本看護学会（成人看護）集録，p 203～205，1989
- 3) 登坂有子：術後精神障害の発生因子の考察とその予防的看護，看護研究，10，1977
- 4) 中澤和子：術後不穏の要因とその因果関係，第21回日本看護学会（成人看護）集録，p 64～66，1990
- 5) 久保木由美：老人の術後せん妄を予防するための看護について，第22回日本看護学会（成人看護）集録，p 217～220，1991
- 6) 岡谷恵子：手術を受ける患者の術前術後のコーピングの分析，看護研究，21(3)，p 53～60，1988
- 7) B. Breden : Decubitus , VOL. 3 p 44～51
- 8) 山城守也 他：高齢者の術後精神障害，消化器外科10(2) p 143～149，1987
- 9) 藤田真智子：術後の精神異常反応を呈する患者の看護，第21回日本看護学会（成人看護）集録，p 67～69，1990