

産婦人科外来ベストナビゲーション—ここが聞きたい105例の対処と処方

Ⅵ そのほか【不眠症】

手術前、極度の緊張で夜眠ることができないという患者です。

平川 俊夫 和氣 徳夫

臨床婦人科産科

第61巻 第4号 別刷
2007年4月10日 発行

医学書院

手術前、極度の緊張で夜眠ることができないという患者です。

平川俊夫*¹ 和氣徳夫*²

1 診療の概説

術前不安の存在は術中・術後の管理に大きく影響を及ぼすので、術前管理に当たっては患者の不安の程度に十分留意しその軽減に努めることが肝要である。実際、術前不安は術中の代謝の亢進を惹起し、結果として麻酔薬に対する抵抗性を増し被刺激性を高めることにつながるとされている。術前不安が強いほど、術前・術中の脈拍数や血圧の変動は大きく、麻酔の導入・維持管理がより困難であり、より多量の麻酔薬・鎮痛薬を必要とし、術後に頭痛、嘔吐、疼痛などの後遺症を起しやすく、また術後の入院期間が延長しやすい^{1,2)}。

術前不安は、患者自身のボディイメージ変化、機能喪失、麻酔薬の影響、術後疼痛などに対する不安に起因する²⁾。術後は自分自身で歩けるか、また排尿・排便処理ができるのかとの不安もあり、さらに帝王切開患者にあっては新生児ケア、母乳哺育が可能かなどの不安も大きい³⁾。婦人科手術を受ける患者については、その手術自体が女性のアイデンティティに深く影響を及ぼす行為であることから、術前不安にはとりわけ特に慎重に配慮する必要がある。

術前不安のレベルは手術前よりすでに上昇しており、手術当日は麻酔導入前にかけて急激にピークとなり、術後は速やかに低下する⁴⁾。術前の情報提供が少ないときや自発的ではない手術の際に、不安はより増大する。不安は個人の性格特性と深

く関連しており、もともと不安に陥りやすい性格の患者が入院中に強い不安を体験する高リスク群であることが明らかにされているので^{2,4)}、術前に不安レベルの高い患者群を抽出して、不安の解消にむけた個別の介入を行うべきである。

術前不安はしばしば不眠として表出する。不眠は術前不安を助長し、合併する高血圧・糖尿病などの基礎疾患をも増悪させるため、術前より積極的に改善を試みるべきである。不眠の治療には抗不安薬を用いるが、薬剤の選択に当たっては不眠症のタイプ(入眠障害か、早期・中途覚醒を伴う不眠か)、神経症的傾向の程度、高齢者かあるいは転倒リスクはないか、などを考慮する必要がある。また、抗不安薬のみでは不眠が改善しない場合はうつが併存している可能性もあるので、専門医へのコンサルトを行うとともに抗うつ薬の投与の可否を検討する必要がある。

従来は、術前患者には前投薬を行うことが常とされてきたが、呼吸循環機能の抑制の危険性、また患者取り違え事件の頻発、さらにデイスージェリーの普及などさまざまな要因を考慮して、近年では医療安全の観点から前投薬を減少・廃止する施設も増えてきている。前投薬に依らずとも、搬送手段・騒音・室温・患者への接し方などに細やかに配慮することによって不安の軽減は可能であることが示されており^{5,6)}、術前不安の減少に向けた非薬物的アプローチが今後もさらに進歩することが期待される。

*1 ひらかわ としお：真田産婦人科麻酔科クリニック(〒813-0043 福岡県福岡市東区名島3-6-25)

*2 わけ のりお：九州大学大学院医学研究院生殖病態生理学

2 対処の実際

術前不安を軽減するためには薬物的アプローチが基本である。前投薬には抗不安・催眠鎮静薬、特にベンゾジアゼピン系製剤が第一選択として用いられている。ベンゾジアゼピンには催眠鎮静作用と筋弛緩・抗不安作用とがあり、それぞれ ω (オメガ) 1受容体または ω 2受容体を介して作用するが、製剤によってこれらの作用発現に違いがある。神経症的傾向が目立たない場合やふらつきが出やすい場合は ω 1受容体選択性のある製剤を、また逆に神経症的傾向や筋緊張が強い場合は ω 2作用を併せ持つ製剤が選択される。また製剤の作用時間によって、超短時間作用型(消失半減期約2~4時間)、短時間作用型(同約7~10時間)、中間作用型(同約21~28時間)、長時間作用型(同約36~85時間)に分けられているので、製剤の選択に当たって留意する必要がある。高齢者に対しては、過量とならぬよう通常量の1/2ないし1/3から始め、転倒の予防のため筋弛緩作用の弱い製剤を選択する。

ただし、術前不安への対応は、薬物にのみ頼るのでは不十分であり、常に非薬物的アプローチを併せ行う必要がある。術前に手術法ならびに麻酔法に関する情報を十分に提供することや麻酔医による術前訪問を行うことはもちろんであるが、これが決して画一的にならないよう、患者個々人の不安の程度に応じて個別化することが望ましい。不安が強い場合はカウンセリング手法を用いた面接を行う。手術室・回復室の術前見学も不安の軽減に有効である。搬入に当たっても、ベッドによる搬送手段、器具・物品や医療スタッフによる騒音、寒さなど患者の不安感を増大させるさまざまな因子について、患者サイドに立って再検討し改善に努めるべきである⁵⁾。帝王切開を予定している患者においても術前不安の程度と術後の主観的満足度との間には負の相関があるが、麻酔に関する十分な情報提供に加えて、特にパートナーの精神的支援が術後の満足度に大きな影響を及ぼすとされている³⁾。

3 処方の実際

1. 入眠障害が主で、神経症的傾向が弱い場合またはふらつきが出やすい場合

【処方①】

マイスリー® 5~10 mg 分1 就寝前

2. 入眠障害が主で、神経症的傾向が強い場合または筋緊張が強い場合

【処方②】

ハルシオン® 0.125~0.5 mg 分1 就寝前

3. 入眠障害に加え、中途覚醒・早期覚醒を伴う場合

【処方①】に加えて

【処方③】

ドラル® 15~30 mg 分1 就寝前

または【処方②】に加えて

【処方④】

ベンザリン® 5~10 mg 分1 就寝前

抗精神病薬の併用も有効であるが、保険適用外である。

4. 不眠に加え、うつ状態を伴う場合

【処方③、④】に加えて

【処方⑤】

パキシル® 10~40 mg 分1 夕食後

服薬開始時には副作用として悪心がでることがあり、コンプライアンスを落とすので、10 mg (1錠) から開始して1週間ごとに増量する。

4 ここがポイント

どんな効果的な術前ケアも、薬物療法のみにとどまってはならず、また手術当日のみに行うのでは不十分である。非薬物的アプローチを併用し、特に術前不安の強い症例を抽出して、不安の解消に向けて個別化したプログラムで対応することが望ましい。

文 献

- 1) Abbott J, Abbott P: Psychological and cardiovascular predictors of anaesthesia induction, operative and post-operative complications in minor gynaecological surgery. Brit J Clin Psychol 34: 613-623, 1995

- 2) Carr E, Brockbank K, Allen S, et al : Patterns and frequency of anxiety in women undergoing gynaecological surgery. *J Clin Nurs* 15 : 341-352, 2006
 - 3) Hobson JA, Slade P, Wrench IJ, et al : Preoperative anxiety and postoperative satisfaction in women undergoing elective caesarean section. *Int J Obstet Anesth* 15 : 18-23, 2006
 - 4) Mitchell M : Patient anxiety and modern elective surgery : a literature review. *J Clin Nurs* 12 : 806-815, 2003
 - 5) 関口美恵子, 前田マスヨ, 伏見妙子, 他 : 手術を受ける患者の不安の緩和. *手術部医学* 6 : 192-194, 1985
 - 6) 井村奈美, 田中克拓, 平手博之, 他 : 前投薬の有無による患者の術前不安感の比較. *麻酔* 51 : 1217-1225, 2002
-