

高齢手術患者のせん妄発症要因に関する検討

松井文¹⁾, 八塚美樹¹⁾, 高畠里美²⁾, 向山要吏子²⁾, 長谷川薫²⁾, 田澤賢次¹⁾

- 1) 富山医科薬科大学医学部看護学科成人看護学2
- 2) 富山医科薬科大学附属病院

要 旨

本研究は、高齢手術患者のせん妄発症要因を明らかにすること、せん妄予防につながる看護を考察することを目的に行った。術前から術後5日目まで、日本語版ニーチャム混乱・錯乱スケールを用いてせん妄の測定及び、せん妄に関連すると考えられる因子について調査した。結果、対象48名中2名がせん妄を発症し、25名がせん妄高リスク群、21名が正常群であった。せん妄高リスク群と正常群の比較では、①手術侵襲が大きい②術後貧血状態にある③ドレーン・ルート類が多く挿入されている、の3要因が抽出された。せん妄高リスク群（せん妄を起こす危険は高かったが発症には至らなかった群）に実施されていた看護内容は、「術後疼痛の緩和」「行動の注意・観察」「睡眠の促し」が上位を占めた。また、今回せん妄発症率が4%と低かったことに関し考察を行った結果、患者が術前にせん妄についての知識を得たことが、せん妄予防に有効だったのではないかと考えられた。

キーワード

高齢者、術後せん妄

はじめに

せん妄とは、疾患や手術による身体内部の変化に加え、不慣れでストレスの高い入院環境により不適応を起こした状態であるといわれている。その特徴としては、発症が突然であること、症状が一過性であること、一日のうちで症状が変動することがあげられる。せん妄の中でも特に術後せん妄は、点滴の自己抜針や転倒・転落など、術後急性期において患者の安全を脅かす重大な問題を引き起こすものであり、それにより術後経過の悪化・入院期間の延長や医療費の増加等をもたらすものである。看護において、これらを予防・管理していくことが重要であることは明白である。

近年、高齢化社会になるとともに、高齢者の入院患者も増加し、高齢者が手術に臨むことも多くなった。一方で、高齢者のせん妄発症率は、若年者の約4倍であるという報告^{1)~3)}もある。今回研究を行った病棟は、泌尿器科・皮膚科の混合病棟であり、泌尿器科の特性から高齢者が手術に臨むことが多く、また麻酔の種類によらずせん妄を起こすことも多かった。

そこで今回は、せん妄を予防・予測できるような看護介入の方策を見いだすため、術後せん妄の発症要因を明らかにするとともに、その看護内容について考察する。

研究方法

1. 対象：全身麻酔，あるいは腰椎麻酔により手術を受けた65歳以上の高齢手術患者（48名）
2. 実施施設：X病院，泌尿器科・皮膚科病棟
3. 期間：2003年7月～2004年2月
4. 測定用具：日本語版ニーチャム混乱・錯乱スケール（以下，J-NCSとする）．英語版NCSは，文献レビューをはじめ，混乱に関する全人的アセスメント方法，人間の環境と認知機能レベルの関係仮説，急性混乱状態の発生パターンとメカニズムなどの理論を基に1992年，NeelonとChampagneによって作られたせん妄のアセスメントツールである．認知・情報処理，行動，生理学的コントロールの3つのサブスケールからなり，信頼性・妥当性がともに高い．またNCSの利点は，看護師が通常のケアを通して患者を観察し評価でき，せん妄の予測・早期発見が可能な点である．日本語版NCSは綿貫らによって2001年に作成された．英語版NCSと同様，3つのサブスケールからなり，0～19点を中程度から重度の混乱・錯乱状態，20～24点を軽度または発生初期の混乱・錯乱状態，25～26点を混乱・錯乱していないがその危険性が高い，27～30点を正常な機能の状態としている^{4), 5)}
5. 方法：①研究開始前に，研究実施病棟においてJ-NCSの説明会を行い，測定方法について病棟看護師間で確認した．②術前日から術後5日目まで，J-NCSの測定を行った．術前の状態を評価するため，術前日の日勤帯に一度測定を行い，術当日から5日目までは，準夜帯から深夜帯にかけてのせん妄発症が多いことから，準夜帯でのJ-NCSの評価を行った．③J-NCSの測定と並行して，術前日から術後5日目までのせん妄に関連すると考えられる因子の情報収集を行った．せん妄の発症要因に関する研究は数多く行われており，情報収集項目は広常¹⁾や太田ら²⁾の研究データを参考に作成した．項目は次の通りである．情報収集項目：年齢，性別，喫煙歴，飲酒歴，手術時間，麻酔時間，麻酔方法，術中輸液量，術中輸血量，末梢血液データ（術前～術後5日目まで），酸素投与の有無，眠剤使用の有無，鎮痛剤使用の

有無，胃管・尿管挿入の有無，ドレーン類挿入の有無，IVH・末梢ルートの有無，歩行開始日，食事開始日 ④対象者を，研究期間中のせん妄発症の有無とJ-NCSの最低得点を基に，せん妄発症群とJ-NCS点数が24点以下のせん妄高リスク群，J-NCS点数が25点以上の正常群とに分けた．せん妄に関連すると考えられる各因子について，SPSS統計ソフト（Ver.11）を用いてt検定及び χ^2 検定を行った．⑤せん妄の高リスクであったにもかかわらずせん妄を起こさなかった者（せん妄高リスク群）が全対象者48名中，25名おり，その群について看護記録より周手術期の看護内容を振り返り抽出するとともに，せん妄予防につながる看護介入について分析した．

6. 用語の定義

術後せん妄：術後せん妄は，術後一過性に起こる認知機能の障害によって特徴づけられる．一般にせん妄の診断はDSM-IVに基づいて行われるが，今回はドレーン・ルート類の抜去，幻聴・幻覚，安静が守れない，見当識障害等，明らかな症状があった場合に，「術後せん妄が発症した」と判断することとした．

7. 倫理的配慮

手術についてのインフォームドコンセント並びに術前オリエンテーションが終了した，手術5日前から2日前までの，最も患者に負担の少ないと考えられた時期に説明を行った．説明内容は，研究の主旨，方法，データの取り扱い，研究への参加協力は強制ではないこと，途中辞退も可能であること，参加しなかったからといって不利になるようなことは一切無いこと，等である．書面にて内容を示しながら，あわせて口頭でも説明を行った．同意が得られた患者からは署名をもらい，参加の意思を確認した．

結果

研究期間中，調査協力の得られた者は48名であった．対象者の基本属性を表1に示す．48名中，術後せん妄を発症した者は2名（4.0%）であり，J-NCS点数が24点以下（J-NCSにおいて軽度または発生初期の混乱・錯乱状態以上と判

表1. 対象患者の背景 (n=48)

平均年齢	73.4±6.4歳	
性別	男性	40人
	女性	8人
疾患	泌尿器科疾患	47人
	前立腺肥大症	9人
	前立腺癌	8人
	膀胱癌	13人
	腎腫瘍	4人
	結石	4人
	その他	9人
	皮膚科疾患	1人
	皮下膿瘍	1人
	麻酔	全身麻酔
腰椎麻酔		23人

断される)のせん妄高リスク群であった者は25名(52.1%), J-NCS点数が25点以上の正常群であった者は21名(43.8%)であった。

術後せん妄を起こした者は、1名が手術当日深夜帯において、「足を洗おうと思って」と起きあがり安静を守れなかった者であり、もう1名は、術後1日目深夜帯において、安静を守れず廊下を歩行していた、という者であった。前者は腰椎麻酔、後者は全身麻酔による手術の患者であった。

せん妄は起こさなかったがそのリスクが高かった者は25名であった。そこで、せん妄高リスク群と正常群について、せん妄に関連すると考えられる因子についてのt検定、 χ^2 検定を行った。その結果、表2に示す項目において有意差が認められた。せん妄高リスク群の方が、麻酔時間が平均で約4時間半と長く、術中輸液量が多かった。また、せん妄高リスク群の方に、全身麻酔が多かった。せん妄高リスク群の方が手術当日の白血球数が多く、術後1日目の赤血球・ヘモグロビン・ヘマトクリット、術後2日目のヘモグロビンは、せん妄高リスク群の方が低かった。また、手術当日、術後1日目、2日目に酸素吸入している者はせん妄高リスク群に多く、術後3, 4, 5日目にドレーン挿入されている者、術後2, 3, 4日目に末梢ルートを持っている者も、せん妄高リスク群の方に多かった。歩行開始日、食事開始日、眠剤の使用、鎮痛剤の使用、胃管・尿管・IVH挿入の有無については、有意差は見られなかった。

次に看護内容について表3に示す。一番多かっ

表1. 対象患者の背景 (n=48)

・術後疼痛の緩和 (創痛、フォーレ違和感に対する鎮痛剤の使用等)	25回
・行動の注意・観察 (せん妄予測時の頻回な訪室等)	7回
・睡眠の促し (眠剤の使用等)	6回
・安楽のための環境調整 (室温の調整、電気毛布の使用等)	4回
・排便コントロール	3回
・術前における不安の傾聴	1回
・精神安定のための環境調整 (孤独感があり、早期に個室から大部屋へ転室)	1回
・以前より内服していた安定剤の早期再開	1回

た項目は鎮痛剤の使用といった「術後疼痛の緩和」、次に多かった項目は、せん妄が予期された患者に対して念のために「行動の注意・観察」したというもの、その次に多かったのは眠剤の使用等による「睡眠の促し」であり、以下、室温調整等を含む「安楽のための環境調整」、「排便コントロール」等があげられた。「行動の注意・観察」とは、具体的には発熱時に多く行われており、患者の意識が朦朧としせん妄を思わせる言動があったとしても看護師が説明をするとすぐに納得し理解が得られ、看護師は念のため頻回訪室、場合によってはマットコールも設置するが、その後せん妄発症には至らなかったというものである。ごく少数の者へ個別的になされた看護として、今まであげた項目の他に、「術前における不安の傾聴」、「精神安定のための環境調整」「以前より内服していた安定剤の早期再開」があげられた。

考 察

以下、1. せん妄関連因子について、2. せん妄を予防する看護介入について、3. せん妄発症率について、を考察する。

1. せん妄関連因子について

せん妄高リスク群と正常群にはせん妄に関連する複数の因子について明らかな有意差がみられた。そのせん妄に関連する因子は大きく3つに分けられると考える。

一つ目は、麻酔時間が4時間以上と長く、術中

表 2 - 1. せん妄関連因子に関するせん妄高リスク群と正常群の比較

	せん妄高リスク群(N=25)		正常群(N=21)	
	mean	± SD	mean	± SD
年齢	74.2	6.1	72.5	5.3
手術時間(分)	180.4	94.1	111.7	97.3
麻酔時間(分)	260.9	108.9	163.1	109.5 *
術中輸液量(ml)	2700.0	1606.5	1309.5	990.3 *
術中輸血量(ml)	175.0	317.6	26.7	122.2
術当日				
WBC (x100/mm ²)	123.8	36.5	74.6	23.3 **
RBC (x万/μℓ)	336.3	46.8	375.1	61.6
HB (g/dl)	10.7	1.4	12.2	1.8
HT (%)	31.7	4.4	33.1	8.9
PLT (x万/?)	19.8	6.6	19.8	5.3
T P (g/dl)	5.4	1.1	6.2	0.7
ALB (g/dl)	2.9	0.6	3.3	0.6
GOT (IU/l)	35.5	47.5	28.8	10.0
GPT (IU/l)	21.6	15.6	20.4	7.9
NA (mEq/l)	139.2	2.6	137.9	3.3
K (mEq/l)	4.2	0.5	4.4	0.5
CL (mEq/l)	104.0	5.0	90.2	32.4
CA (mg/dl)	8.1	0.7	8.3	0.5
BUN (mg/dl)	15.4	4.1	15.9	4.0
CRE (mg/dl)	0.9	0.2	1.0	0.3
術後 1 日目				
WBC (x10/mm ²)	96.9	27.6	77.0	29.0
RBC (x万/μℓ)	317.9	34.3	380.1	40.7 ***
HB (g/dl)	9.9	1.3	12.2	1.5 ***
HT (%)	29.5	3.9	36.2	4.2 ***
PLT (x万/μℓ)	19.2	7.1	20.8	5.9
T P (g/dl)	5.5	0.8	6.1	0.7
ALB (g/dl)	3.0	0.4	3.3	0.4
GOT (IU/l)	31.5	17.1	32.0	24.1
GPT (IU/l)	20.6	17.0	21.1	12.1
NA (mEq/l)	137.8	3.4	138.6	1.9
K (mEq/l)	4.2	0.3	4.3	0.5
CL (mEq/l)	100.1	3.0	101.1	2.5
CA (mg/dl)	8.2	0.5	8.2	1.0
BUN (mg/dl)	14.1	5.7	16.2	5.3
CRE (mg/dl)	0.8	0.3	1.0	0.4
術後 2 日目				
WBC(x10/mm ²)	86.0	18.6	66.5	14.3
RBC (x万/μℓ)	302.0	38.0	412.3	49.6
HB (g/dl)	9.0	0.6	13.3	2.2 *
HT (%)	27.3	1.8	39.5	4.2
PLT (x万/μℓ)	20.0	5.3	20.5	2.5
T P (g/dl)	6.1	0.5	6.6	0.4
ALB (g/dl)	2.8	0.4	3.6	0.3
GOT (IU/l)	29.3	9.2	32.7	9.4
GPT (IU/l)	16.0	5.6	19.7	6.1
NA (mEq/l)	136.7	3.4	139.0	7.1
K (mEq/l)	4.4	0.5	4.4	0.8
CL (mEq/l)	98.8	4.2	100.0	5.7
CA (mg/dl)	22.0	33.8	9.0	0.3
BUN (mg/dl)	13.8	8.0	14.7	2.1
CRE (mg/dl)	1.1	0.5	1.1	0.4

※ * p<0.05、** p<0.01、*** p<0.001

表2-2. せん妄関連因子に関するせん妄高リスク群と正常群の比較

		せん妄高リスク群		正常群		
		N	%	N	%	
性別	男性	18	72	20	95	
	女性	7	28	1	5	
喫煙歴	あり	7	28	8	38	
	なし	18	72	13	62	
飲酒歴	あり	7	28	7	33	
	なし	18	72	14	67	
麻酔	全身麻酔	18	72	6	29	
	腰椎麻酔	7	28	15	71	*
酸素療法						
術当日	あり	19	76	7	33	*
	なし	6	24	14	67	
術後1日目	あり	19	76	5	24	*
	なし	6	24	16	76	
術後2日目	あり	12	48	2	10	*
	なし	13	52	19	90	
術後3日目	あり	5	20	1	5	
	なし	20	80	20	95	
術後4日目	あり	1	4	1	5	
	なし	23	96	20	95	
術後5日目	あり	1	4	0	0	
	なし	23	96	21	100	
ドレーン						
術当日	あり	16	64	5	24	
	なし	9	36	16	76	
術後1日目	あり	16	64	5	24	
	なし	9	26	16	76	
術後2日目	あり	16	64	5	24	
	なし	9	36	16	76	
術後3日目	あり	16	64	3	14	***
	なし	9	36	18	86	
術後4日目	あり	16	64	2	11	***
	なし	9	36	16	89	
術後5日目	あり	13	57	2	11	**
	なし	10	43	16	89	
末梢ルート						
術当日	あり	25	100	21	100	
	なし	0	0	0	0	
術後1日目	あり	25	100	21	100	
	なし	0	0	0	0	
術後2日目	あり	23	92	12	57	*
	なし	2	8	9	43	
術後3日目	あり	17	68	5	24	*
	なし	8	32	16	76	
術後4日目	あり	13	54	3	14	*
	なし	11	46	18	86	
術後5日目	あり	6	25	1	5	
	なし	18	75	20	95	

※ * p<0.05、** p<0.01、*** p<0.001

輸液量が多く、全身麻酔であること（また酸素をしている者が多かったことは全身麻酔が多かったことから当然の結果と考えられる）がせん妄高リスク群に多いことから、手術侵襲が大きい、ということである。

二つ目は、赤血球・ヘモグロビン・ヘマトクリット値の低い方がせん妄高リスク群に多かったことから、術中の出血による貧血、それによる低酸素血症が考えられた。

また三つ目には、ドレーンや末梢ルートを持っている者にせん妄高リスク群が多かったことから、ドレーンやチューブ類が挿入されていることである。従って、手術侵襲が大きく、貧血状態にあり、ドレーン・ルート類が多く挿入されている患者は、せん妄の高リスク状態にあると判断できると考えられる。それらが、当病棟においてせん妄予防を考慮する時、注目していかなければならない観察点であることが示された。せん妄の発症要因に関する研究は今までも数多く行われてきているが、これら今回抽出された3点は、せん妄高リスク群においても同様であると、先行研究を裏付けるものであった。

2. せん妄予防の看護介入について

せん妄予防に対する看護介入だが、最も多く見られたのは、鎮痛剤の使用等を含む「術後疼痛の緩和」であった。今回は観察期間が術直後からであり、「術後疼痛の緩和」が一番多かったことは当然のことと思われる。しかしその一方で、疼痛は術後の循環動態や創傷治癒、何よりせん妄予防の観点から、患者の精神状態に多大なストレスを与え悪影響を及ぼしているものである。高齢患者となると、とくにその性質上、痛みを我慢しがちであることが多い。患者が必要以上に痛みを我慢しすぎないように適宜声をかけ、精神的ストレスとならぬよう有効な除痛を図ることは、せん妄予防にとって大切なことと考えられる。

次に多かった項目は、「行動の注意・観察」であった。この項目は、臨床における看護師が敏感にせん妄を予測し対処していることを伺わせる。また、この行為によりせん妄発症が未然に防がれていたのではないかと考えられた。

3番目に多かったのは「睡眠の促し」である。

術後は、痛みや、頻回なバイタルサインの測定、居室の明かり（点滴やドレーン等のルート確認のために薄暗くしてある場合が時折見られる）等により睡眠障害が起きる場合が多い。そういう状況の中で、睡眠を調整し昼夜の別をはっきりつけること（サーカディアンリズムの変化の予防）、十分な睡眠を促し心身の休息と安定を図ることは、せん妄予防において従来より非常に大切なケアと言われており、今後も大切にしていかなければならない看護といえる。

次にあげられたのは「安楽のための環境調整」であった。これは、術後動けない患者の身体的ストレスを軽減させるものであり、やはりせん妄予防に大切な看護といえる。

その他、個別的な看護として「排便コントロール」「術前における不安の傾聴」「精神安定のための環境調整」「以前より内服していた安定剤の早期再開」があげられた。患者の訴えや、その患者の特性にあわせて対処し看護していくことも重要と考えられた。

今回、看護内容については、看護記録より抽出したため、その内容には限界があると考えられる。太田ら³⁾は、せん妄のケアモデルを示す中で、せん妄予防の看護について次の6点を上げている。それは、①患者が置かれている環境を整えること、②明確で簡潔なコミュニケーションをとる、③視覚・聴覚の問題を最小限にする（補聴器や眼鏡の使用等）、④活動と休息のバランスをとる、⑤患者の拘束をとる（抑制は最小限に、不要なルートは早期に抜去する、早期離床）、⑥全身状態の改善を図る（水分出納、電解質バランス、正常な酸素状態、便秘改善等）である。せん妄を予防するための看護アプローチは、上述のように複数多岐にわたるのだが、また、病棟において実際に行われているであろうと推察されるのだが、今回看護記録からは抽出されなかった。この点が今回の研究の限界であり、今回の研究ではせん妄予防に関する看護を総合的に評価するには至れていない。今後は、せん妄予防に結びつく看護援助を証明し、評価するためにも看護記録の充実が望まれる。

3. せん妄発症率について

せん妄の発症率が低かったことについて考察す

る。せん妄の発症率については、発症の段階を今回のように明らかな症状があった時点で発症とするか、使用したスケールや診断用具等により異常を示した場合に発症とするか、対象患者の特性やサンプル数、研究デザインの違い等により、文献においてもその発症率には大きな幅がある。また、その曖昧さがせん妄研究における課題ともされている。今回は、明らかな症状があった場合を発症と定義づけて研究を行ったため、比較的低いせん妄発症率がでることは予測されたが、一般的に内科系・外科系の入院患者で10～15%の発症率、術後患者では50%の発症率と言われているのに対し、今回の結果は4%と低い値を示していた。このことは、推測の域を出ないが、今回の研究に対する事前のインフォームドコンセントがせん妄発症の減少の一端を担ったのではないかと考えられる。今までは術前オリエンテーション等によりせん妄に関して説明することはなく、従って患者が手術前にせん妄という現象について知識を得ることはなかった。それが今回、同意書において研究目的等とともに、せん妄の内容・症状及び原因等について具体的に説明したため、患者にとってはせん妄についての注意が意識・無意識的に喚起されることとなったと考える。また、今回の研究について同意の得られなかった患者がせん妄を発症していたと言うケースもあり、せん妄に関する事前の説明がなんらかの影響を与えていたのではないかとすることは十分考えられた。この結果から、術前オリエンテーションにおいてせん妄に関する知識を患者に与えることはせん妄予防において有効ではないか、ということも示唆される。

また、患者側のみならず、看護師においてもせん妄発症率が低くなった要因があると考えられる。今回の研究では、病棟看護師全員の協力を仰ぎ、J-NCSの評価を依頼した。J-NCSは、認知・情報処理、行動、生理学的コントロールの3つのサブスケールによる観察項目が設けてあり、J-NCSを使用することで看護師はせん妄予防に関する視点を持つことができ、せん妄予防の意識付けがされたのではないかと考えられる。このようなスケールを使うことは、それ自体が看護師の意識変化をもたらすものであり、有用と考えられる。

以上のこのような患者側・看護師側からのせん妄予防意識により、今回は低い発症率にとどまったのではないかと考えられた。しかし、これは推測の域であり、今後の検討課題であろう。

結 論

1. せん妄関連因子について：せん妄高リスク群の方が、手術侵襲が大きく、術後貧血状態にあり、ドレーン・ルート類が多く挿入されていた。
2. せん妄予防の看護介入について：「術後疼痛の緩和」「行動の注意・観察」「睡眠の促し」といった項目が多く抽出された。
3. その他：患者が術前にせん妄についての知識を得ることはせん妄予防につながるのではないかと示唆された。また、J-NCSのようなスケールを導入することで看護師のせん妄予防に対する意識にも変化があったのではないかと考えられた。

おわりに

今回、せん妄予防において注意すべき観察点や、せん妄予防につながる看護介入について考察することができた。また研究の副産物として、患者が術前にせん妄についての情報を得ることはせん妄発症率を低下させるのではないかと示唆された。そのことは、今後の術前オリエンテーションのあり方を再考する一助となるのではないかと考える。

一方で、今回の研究では、せん妄関連因子については、患者の性格特性・不安等と言った項目が評価できるに至っていなかったり、せん妄予防の看護介入については看護記録より抽出したために十分な情報とはなり得ていないことなど、研究の限界・課題も多かった。

せん妄については、発症要因に関する研究データは数多くあるものの、「せん妄予防」という観点からの研究はまだ少ない。せん妄を予防することは患者の安全を守ることであり、重要な看護である。今後も「せん妄予防」ということに主

眼をおいた研究が多くなされることが望まれる。

文 献

- 1) 広常秀人：せん妄の発症要因－主に状況要因について－. 集中治療 3 (11) : 1155-1162, 1991.
- 2) 太田喜久子, 粟生田友子, 南川雅子, 長谷川真澄, 寺井美峰子, 大友由香子, 津川若菜子, 黒木ひろみ：せん妄様状態にある高齢者への看護ケアモデル－一般病棟における高齢者ケアの探求－. 看護技術 44 (11) : 79-88, 1998.
- 3) 前掲書 2) p88
- 4) 綿貫成明, 酒井郁子, 竹内登美子, 諏訪浩, 樽矢敏広, 一瀬邦宏, バージニア・ニーロン：日本語版NEECHAM混乱・錯乱状態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 12 : 46-63, 2001.
- 5) 綿貫成明, 酒井郁子, 竹内登美子：せん妄をどのようにアセスメントするか. エキスパートナース 17 (15) : 32-41, 2001.
- 6) 松田好美：術後せん妄患者への看護. 臨床看護 28 (5) : 604-608, 2002.
- 7) 中村純：せん妄のアセスメント・予防・治療. 看護学雑誌 68 (6) : 556-561, 2004.
- 8) 綿貫早美, 狩野太郎, 亀山絹代, 筑井夕佳織, 諸田了子, 中野良子, 神田清子：高齢手術患者の術後せん妄発症率と発症状況分析に関する研究. 群馬保健学紀要 23 : 109-116, 2002.
- 9) 松井文, 宝田美紀代, 酒井恵子, 向山要吏子, 高畠里美, 寺垣秀山, 八塚美樹：高齢患者の術後せん妄の予測に関する一考察－2001年版J-NCSを使用して－. 第14回富山県看護研究発表会集録 : 38-40, 2002.

Study on the delirium-inducing factors after operation in aged surgical patient

Aya MATSUI¹⁾, Miki YATSUZUKA¹⁾, Satomi TAKABATAKE²⁾,
Yoriko MUKAIYAMA²⁾, Kaoru HASEGAWA²⁾, Kenji TAZAWA¹⁾

- 1) Department of Adult Nursing (Acute Stage), Toyama Medical and Pharmaceutical University
- 2) Toyama Medical and Pharmaceutical University Hospital

Abstract

The purpose of this study was to extract the factors of delirium after operation (DAO) and to consider nursing practice which prevented DAO. Forty eight patients over 65 years old agreed to participate were enrolled. We measured physical and psychological postoperative state with the Japanese version of the NEECHAM Confusion Scale(J-NCS), and collected information about DAO, such as clinical and laboratory data. Among 48 patients, only 2(4%) patients developed DAO. Twenty five patients were classified as high risk group, and the remaining 21 patients were classified as normal group. Comparing the high risk group with normal group, 1)invasive surgical procedure, 2) postoperative anemic state, and 3)being on a drip or drainage were extracted as risk factors. About the nursing practice for high risk group, a)pain control b)observation of behavior, and c)aids for sleeping were ranked. The reason why such low rate (4%) of DAO in this study could be speculated that the preoperative orientation of DAO exhibited preventive effect for the patients, and this was suggested that informed consent about DAO before surgery might be effective for prevention of DAO.

Key words

Aged surgical patient, delirium after operation