

S4-02 人工呼吸中の鎮静ガイドラインの作成 — 鎮静評価 —

山口大学医学部附属病院先進救急医療センター
鶴田 良介

「人工呼吸中の鎮静ガイドライン」を作成するにあたり、「鎮静評価」の重要性ほど評価の定まったものはない。2002 年の北米集中治療医学会 (SCCM) の鎮痛・鎮静のガイドラインでは検証された鎮静スケールの使用は Grade B であり、各々の患者において目標を定め、定期的に目標を設定し直し、滴定的に鎮静を行うことも推奨されている (Grade C)。一方で bispectral index (BIS) のような客観的評価法の開発も行われてきているが、鎮静スケールなどの主観的評価法を凌駕するほどのエビデンスは得られていない。

[鎮静スケールの歴史]

1974 年の Ramsay scale に始まる鎮静スケールの作成の歴史は新たな鎮静薬の開発に付随した評価法の歴史であった。Hansen-Flaschen J が 1994 年に「beyond the Ramsay scale」と題して信頼性と妥当性の検証をはじめ複数の理想的なスケールの要項を述べ、後にこれらを満たすことが世に認められるスケールの条件となっていく。こうして誕生したのが Sedation-Agitation Scale (SAS)、Motor Activity Assessment Scale (MAAS)、Vancouver Interaction and Calmness Scale (VICS) などである。更に 2002 年以後、Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS) と Adaptation to the Intensive Care Environment (ATICE) が開発された。

[理想的なスケール]

使いやすく、覚えやすい。それぞれのレベルの正確な識別と滴定するのに必要なレベルの数を備えている。agitation の測定が可能である。適切な患者背景で評価者間の信頼性と妥当性の厳しいテストを受けたもの。

[鎮静スケールの必要性]

目標 (Ramsay スコア 2～4) を設定したアルゴリズム準拠の鎮静法で従来の鎮静法より人工呼吸器に接続されている時間が短縮された報告が 3 つある。これらは人工呼吸器合併症を減らす効果が期待される。

[日本のガイドライン]

日本のガイドラインに適切な鎮静スケールは十分な検証が行われていることと日本語に訳した際に原本と同じ意味をもつ (インストラクション・マニュアルがある) ことから RASS と ATICE である。前者はせん妄の評価にも適しているが、responsiveness の評価は不十分である。後者は人工呼吸器患者に限られ、medical ICU のみで検証されている。せん妄評価の場合には RASS を使って鎮静レベルを再評価することになる (日本語版 CAM-ICU)。ただし、responsiveness の評価は行われている。今日の臨床現場への認知度を考慮し、RASS を推奨することにした。