

AMCoR

Asahikawa Medical College Repository <http://amcor.asahikawa-med.ac.jp/>

心と社会 (2006.09) 37巻3号:29～32.

【睡眠からみた心と社会】睡眠障害の治療の実際

田村義之

「睡眠障害の治療の実際」

田村義之

旭川医科大学医学部精神医学講座



はじめに

睡眠障害を適切に治療するためには、夜間の睡眠状況とともに、日中の覚醒状況についても詳しい情報を集める必要があります。このためには、的確な問診に加えて種々の検査法を組み合わせ、総合的に睡眠あるいは睡眠障害の評価を行います。本稿では、睡眠障害の検査法、診断および治療について概説します。

1. 睡眠障害の検査法

睡眠障害の検査法は、主に睡眠評価法、睡眠ポリグラフィ、および身体的検査法に分けられます。

睡眠評価法には、睡眠日誌、睡眠評価尺度（Pittsburg Sleep Quality Index など）、心理的眠気の評価（Epworth Sleepiness Scale など）、作業能力検査などがあります。睡眠日誌は、患者にいつ眠り、いつ覚醒していたかを長期

間記録してもらうことによって、その睡眠覚醒パターンを把握するのに有用です。

睡眠ポリグラフィとは、脳波、眼球運動、筋電図、心電図などを同時に長時間にわたって記録する検査法です。睡眠検査のゴールドスタンダードであり、睡眠の質や量は睡眠構造や睡眠変数を解析することによって客観的に評価されます。

身体的検査法では、アクティグラフィ（腕時計型の小型医療機器）による休息・活動リズム、深部体温、メラトニン分泌量などを測定します。睡眠覚醒リズムと体温リズム、メラトニンリズムには一定の時間的關係があり、とくにサーカディアンリズム睡眠障害（患者の睡眠パターンと社会生活上望ましい睡眠時間帯とが一致しないために起こる睡眠障害）の診断には、これらの検査が用いられます。

2. 睡眠障害の診断

睡眠障害は、夜眠れないことを主訴とする不眠症、日中の過剰な眠気を主訴とする過眠症、睡眠時間帯の異常を主訴とするサーカディアンリズム睡眠障害、および睡眠中に異常現象がみられるもの（睡眠時無呼吸症候群やレム睡眠行動障害など）に大きく分類されます。そのなかでも、とくに不眠症は日常診療においてもっとも多くみられます。

睡眠障害を診断する際には、不眠のタイプを捉えるとともに、その原因について「5つのP」を念頭に置いて鑑別することが重要です。

不眠のタイプには、寝つきの悪い入眠障害（一般的には入眠に30分～1時間以上かかり、本人がそれを苦痛に感じているもの）、一晩に何度も目が醒めてしまう中途覚醒、通常の起床時刻よりも2時間以上前に目が醒めてしまう早朝覚醒、睡眠時間は十分であるにもかかわらず、深く眠った感覚が得られない熟眠障害の4種類があります。不眠症の患者では、複数のタイプが重複していることも多くみられます。

不眠の原因には、身体的（Physical）原因、薬理的（Pharmacological）原因、精神医学的（Psychiatric）原因、生理的（Physiologic）原因、心理的（Psychological）原因があり、「5つのP」として知られています（表）。

3. 睡眠障害の治療

睡眠障害の治療では睡眠衛生についての教育・指導が基本になります。また、「5つのP」を念頭に置いて特定した睡眠障害の原因について対処・除去することが必要です。これに非薬物療法（精神療法、高照度光療法など）や薬物療法を組み合わせます。

薬物療法の中心は睡眠薬ですが、多くの患者では睡眠薬に対する誤解や過度の不安をもっています。本邦では、諸外国に比較して不眠のために医師を受診する割合が極端に低く、寝酒をする割合が高いことも報告されています。しかし、アルコールは寝つきを良くしますが、中途覚醒や早朝覚醒の原因になり、かえって睡眠障害を引き起こします。このため、睡眠薬の作用機序と副作用について詳しく説明し、かつ適切な医師-患者関係のもとに睡眠薬を上手に服用してもらうことが重要

表. 不眠の原因：「5つのP」

身体的 (Physical) 原因 疼痛、発熱、痛み、頻尿、下痢、睡眠時無呼吸、むずむず脚症候群 周期性四肢運動障害、夜間下肢こむらがえり、腫瘍など
薬理学的 (Pharmacological) 原因 アルコール、抗癌剤、降圧薬、自律神経作用薬、カフェイン 中枢神経抑制薬、中枢神経刺激薬、MAO阻害薬、ニコチン ステロイド剤、テオフィリン、甲状腺製剤など
精神医学的 (Psychiatric) 原因 不安、パニック障害、うつ病、統合失調症、アルコール症など
生理的 (Physiologic) 原因 時差症候群、交代制勤務、短期の入院、睡眠相後退症候群など
心理的 (Psychological) 原因 ストレス、重篤な病氣、重大なライフイベントなど

です。

現在用いられているベンゾジアゼピン系、非ベンゾジアゼピン系睡眠薬は、その血中濃度半減期によって、超短時間作用型（～6時間：ゾルピデム、ゾピクロン、トリアゾラム）、短時間作用型（6～12時間：プロチゾラム、エチゾラムなど）、中間作用型（12～24時間：フルニトラゼパム、エスタゾラムなど）、長時間作用型（24時間～：クアゼパム、ハロキサゾラムなど）に分類されます。一般に、不眠のタイプに合わせて、入眠障害に対しては超短時間・短時間作用型を、中途覚醒、早朝覚醒、熟眠障害に対しては中

間・長時間作用型を用います。

主な副作用には、反跳性不眠、持ち越し効果、健忘（前向性健忘）、筋弛緩作用などがあります。

反跳性不眠とは、超短時間・短時間作用型を比較的大量に、かつ長期に使用した後に投与中止すると、睡眠薬を使用する前よりも強い一過性の不眠と不安が生じることをいいます。反跳性不眠を防止するためには、投与量を徐々に減らす、あるいは休薬期間を徐々に延ばす、などの方法があります。

持ち越し効果とは、翌朝以降にも睡眠薬の効果が持続するために、日中の

眠気・ふらつき、倦怠感などがみられるものです。中間・長時間作用型で出現しやすく、また、高齢者ほど出現しやすい傾向があります。

健忘（前向性健忘）は、服薬後から寝つくまでの出来事、睡眠中に起こされた際の出来事、あるいは翌朝覚醒してからの出来事に関する記憶が失われるものです。とくにアルコールとの併用時に出現しやすいため、患者に併用しないよう指導する必要があります。

筋弛緩作用による転倒、ふらつきにも注意する必要があります。高齢者では、筋弛緩作用の少ないω1選択性睡眠薬（ゾルピデムなど）を選択することが推奨されます。

おわりに

わが国では4～5人に1人の割合で睡眠障害が認められており、睡眠障害による日中の眠気は、交通事故をはじめ大事故につながる可能性が指摘され

ています。睡眠障害への対策は、国民の健康保持や事故防止の観点から今後さらに重要な課題になると考えられます。

日本睡眠学会は、2002年に睡眠医療認定医制度を設立し、2003年には「睡眠医療認定医療機関」を認定しました。「睡眠医療認定医療機関」は、睡眠障害の診断・治療について高度な専門性を有しており、今後は地域のプライマリケア医と密接に連携しながら診療を行うことが大切であると考えられます。

参考文献

- 1) 内山 真 編：睡眠障害の対応と治療ガイドライン。じほう、東京、2002
- 2) 千葉 茂：プライマリケアにおけるこれからのメンタルヘルス—睡眠障害の診断・治療の重要性—。日本醫事新報 4180号 5-13、2004