

専門外来『過眠症』について

当診療所では、過眠症その中でも特に睡眠時無呼吸症候群、ナルコレプシー関連疾患、ムズムズ脚症候群、睡眠不足症候群等の患者さんを対象に診察を行っております。

過眠とは、日中に過剰な眠気が起きる状態です。工作中や授業中、日常生活を送るのに支障をきたすような強い眠気の場合は病的と判断されます。ときには、運転中や作業中に大事故を引き起こすこともあります。過眠症が疑わしい場合には、早めに専門医を受診されるようお勧めします。過眠症の多くは、適切な治療により確実に改善されます。

過眠症状を呈する疾患には、睡眠中に起こる異常な事象（例えば頻回の呼吸停止や下肢の動きなど）によって惹き起こされる中途覚醒により睡眠の質が悪くなり、結果として昼間の眠気や過眠が生じる**続発性過眠症（睡眠時無呼吸症候群やムズムズ脚症候群など）**と睡眠・覚醒の機構に問題がある**中枢性過眠症（ナルコレプシーなど）**、さらに生活習慣からおこる**睡眠不足症候群**等があります^①。

これら過眠症状を呈する疾患について、それぞれの特徴的症状、診断法および治療法について概説致します。

- I 無呼吸症候群
- II ムズムズ脚症候群
- III ナルコレプシーおよび関連疾患
- IV 睡眠不足症候群

I 無呼吸症候群 （睡眠時閉塞性無呼吸・低呼吸症候群）

睡眠中に上気道の完全な閉塞あるいは部分的閉塞が生じ、このため睡眠分断*と動脈血酸素飽和度の低下**をきたす疾患です。

*：睡眠分断：短時間（15秒以内の）脳波検査上の覚醒により睡眠が中断される状態。睡眠分断が多いと質の悪い睡眠となります。

**：動脈血酸素飽和度の低下：全身組織の低酸素すなわち全身の酸素欠乏状態

をもたらします。

特徴的な症状：睡眠中の大きないびき、窒息感や喘ぎ呼吸、夜間の途中覚醒や夜間頻尿、日中の強い眠気、その他、起床時の口渇感や頭痛・頭重感が訴えられることが多い。

有病率：2-4%（男4%、女2%）

合併症：重症の場合、心臓血管系疾患による死亡率が本症のない人に比べ5.2倍にも高いと報告されています^②。

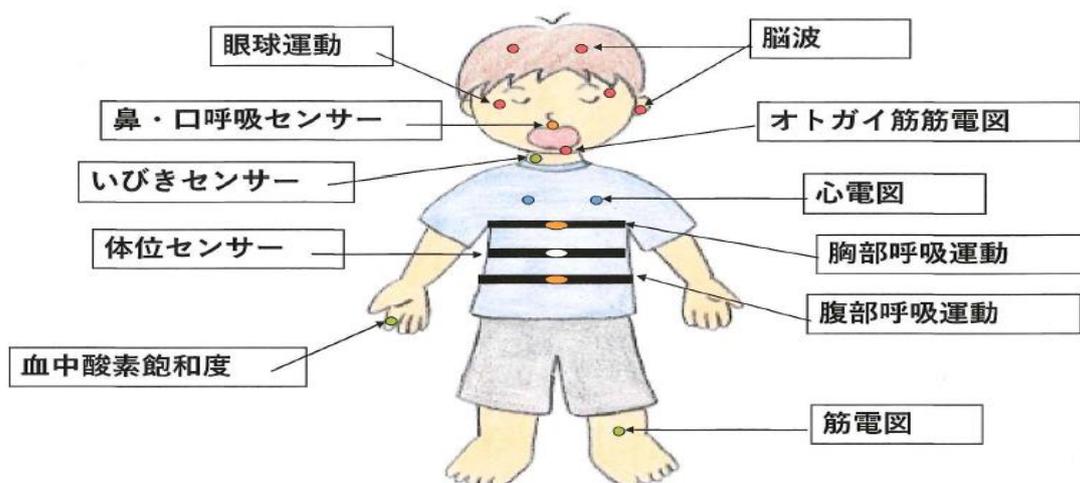
診断法：

- ① 簡易検査（簡易型呼吸モニター検査）：診断のスクリーニング的な検査。外来にて取り付け方法の説明を受け、自宅にて検査を行います。イビキや呼吸障害の程度を示す動脈血酸素飽和度の変化や無呼吸・低呼吸指数（AHI）*の程度を知ることができます。

*無呼吸・低呼吸指数（AHI）：10秒以上の無呼吸あるいは低呼吸が睡眠1時間に何回見られるかの指標です。

- ② 精密検査（PSG検査）：精度の高い検査で、1泊入院が必要です。検査技師の指示に従い検査が行われます。

図1 精密検査：ポリソムノグラフィ（PSG）

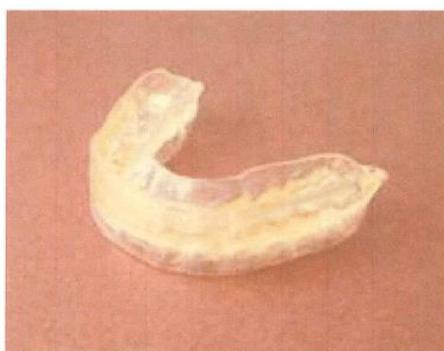


治療法：

- ① 口腔内装置（マウスピース）療法：マウスピース様の歯科装具を専門歯科医に作製を依頼します。睡眠中にみられる下顎の後退を防ぐことにより気道の閉塞を防ぎイビキや無呼吸を改善します。主に、後述する CPAP 療法の適応にならない中等症以下の軽症例が適応になります。

図2 口腔内装置（マウスピース）

下顎を前に固定することで気道を確保し、睡眠時の気道の狭窄・閉塞を防ぐ



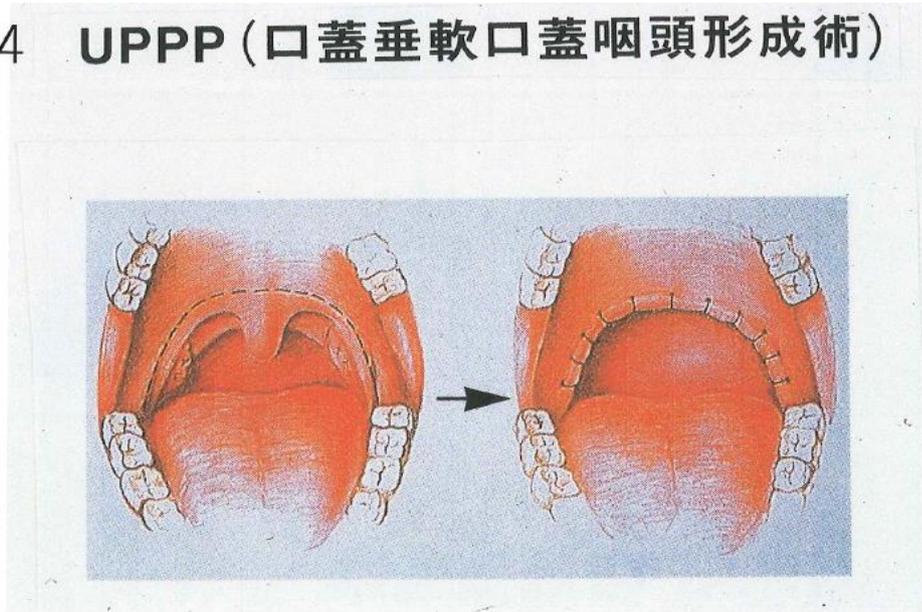
- ② CPAP 療法（シーパップ療法，経鼻的持続陽圧換気療法）：就寝前、鼻部にマスクをとりつけ、マスクを介して空気を送り込み、上気道を常に陽圧に保ち、よって上気道の閉塞を防ぐ治療法です。無呼吸・低呼吸指数が 20 以上の場合、医療保険が適応となっています。

図3 シーパップ療法（経鼻的陽圧換気療法）



- ③ 外科療法（口蓋垂軟口蓋咽頭形成術）：多くの場合、扁桃摘出術が同時に行われ、重度の無呼吸・低呼吸症候群の症例に行われます。術者（耳鼻咽喉科医師）と十分検討のうえ、手術のリスクや術後の効果について説明がなされた後に施行されます。なお、術後の長期予後についての詳細な報告はいまのところありません。

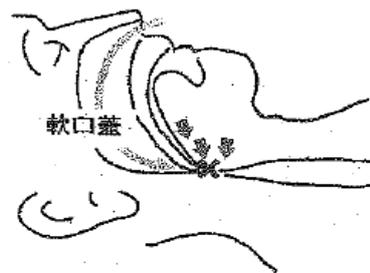
図4 UPPP（口蓋垂軟口蓋咽頭形成術）



- ④ 新しい治療法の紹介（植え込み型舌下神経刺激療法）^{③④}：米国で臨床応

用が始められ、日本においても2018年に医療機器として承認されています。オトガイ舌筋の支配神経に電気刺激を与える装置を植え込み、睡眠中の上気道の虚脱を防ぐ治療法。CPAP療法が継続不能な症例に対する新しい治療法として今後注目されます。

【舌沈下による気道閉塞】



【吸気に同期し舌下神経刺激→気道維持】

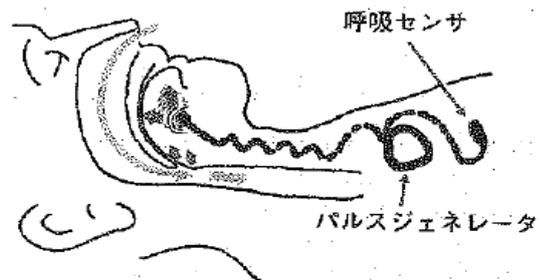


図5 植え込み型舌下神経刺激法 文献4から引用

II ムズムズ脚症候群

特徴的な症状：基本的には、下肢にムズムズ感、虫が這う感じ、不快感、かゆい、痛いなど異常感覚が訴えられます。しかも、この症状は夜間に集中して発現し増強します。足を動かしたいという欲求が強いこと、動かすと楽になるのが特徴です。

PSG 検査で、本症に周期性四肢運動*が 50 から 80%合併することが認められています。

* 周期性四肢運動：睡眠中 20～30 秒間隔で不随的にしかも規則的に運動が繰り返されます。PSG 検査で確認されます。

有病率：2 から 4%。加齢とともに男女ともに増加し、比較的女性に多い。

表1 むずむず脚症候群の臨床症状

- ✓ 足を動かしたいという強い欲求が、下肢の不快感に伴わないおこる
- ✓ 異常感覚は、安静時や、静かに横になったり座ったりしている状態で始まり、あるいは増悪する
- ✓ 異常感覚は、運動によって改善する
- ✓ 異常感覚は、日中より夕方、夜間に増強する

(Sleep Med 4:101,2003より引用改変)

診断法：表 1 に示す所見を満たせば診断がつけられます。

治療法：

薬物療法：軽い場合は、クロナゼパム（ランドセン、リポトリール）、中等度以上の場合は、ドパミン受容体刺激薬（プラミペキソール（ビ・シフロール）、ロチゴチン貼付薬（ニューロパッチ）やガバペンチン エナカルビル（レグナイト）が使用されます。なお、ビ・シフロールは腎不全症例では慎重投与で、またレグナイトは高度腎不全症例では使用禁止となっています。一方、ニューロパッチは肝排泄のため腎不全症例にも使用可能です。

誘因となるアルコール、カフェイン、薬剤の使用を避け、就床前にマッサージや軽い運動が勧められます。鉄欠乏が基礎疾患として認められる場合は鉄剤の補充療法が行われます。

Ⅲ ナルコレプシーおよびナルコレプシー関連疾患^⑤

1. ナルコレプシー：

特徴的な症状：耐え難い眠気と居眠り、とにかく眠く、通常では考えられない状況でも居眠りをしてしまうことがあります。日中、情動脱力発作（カタレプシー）と云われ、笑い、喜び、怒りなど感情がたかぶる時に、身体の一部（首の脱力、眼瞼下垂、顔面の筋緊張低下等）、多くは下肢支持筋の筋緊張低下ないし消失によりその場にしゃがみ込んだり倒れたりすることがあります。その他、入眠時に、睡眠麻痺（いわゆる「金しばり」）や幻覚を体験することが多い。

ナルコレプシーの型：情動脱力発作を伴うか否かにより、伴うものはⅠ型、伴わないものはⅡ型に分類されます。

検査：夜間睡眠 PSG 検査と反復睡眠潜時（MSLT）検査*により睡眠の質的変

化や睡眠潜時の極端な短縮が検出され、さらに睡眠開始 15 分以内での SOREM** の出現回数がチェックされます。

*反復睡眠潜時（MSLT）検査：眠りに入るまでの時間（睡眠潜時時間）、入眠後 15 分以内に出現する REM 睡眠の出現回数が調べられます。PSG 検査が行われた翌日に引き続き行われます。

*SOREM：REM 睡眠は健常者では 60～90 分後に出現しますが、ナルコレプシーでは入眠後 15 分以内に出現します。

治療：

・規則的な日常生活を送ること。

・ナルコレプシーの型にかかわらず、昼間の眠気と睡眠発作*に対してはモダフィニル（モディオダール）が投与され、モディオダールが効果不十分な場合にはメチルフェニデート（リタリン）に変更あるいは追加されます。情動脱力発作、入眠幻覚、金しばりに対してはクロミプラミン塩酸塩（アナフラニール）が処方されます。

*睡眠発作：本人が気づかないうちに眠り込んでしまう症状

2. 特発性過眠症：特徴として、居眠り時間がナルコレプシーに比べ長いこと、また情動脱力発作がないが睡眠麻痺（金縛り）や入眠時幻覚はみられることがあります。

発生頻度はナルコレプシーよりも少なく 1/4 から 3/4 といわれています。

発症年齢はナルコレプシーと同じく 10 から 20 才代。

治療：昨年（2020年2月21日）より、ナルコレプシーに用いられるモディオダールが本症にも保険適応となり使用可能となりました。金縛りや入眠時幻覚に対してはクロミプラミン塩酸塩（アナフラニール）が処方されます。

IV 睡眠不足症候群

最近のデータでは、人間の脳は平均7時間寝るのが最適とされています。睡眠時間が6時間未満では、7時間から8時間睡眠に比べて2.4倍死亡率が高いと報告され^⑥、さらに睡眠不足は、肥満、糖尿病、心臓病、うつ病を引き起こす危険因子であることが明らかになってきています^{⑦⑧⑨}。

働き盛りの年代で睡眠時間を惜しんでまで仕事に邁進されている方が見受けられますが、睡眠不足の心身に及ぼす弊害について今少し理解を深められることが必要と考えられます。

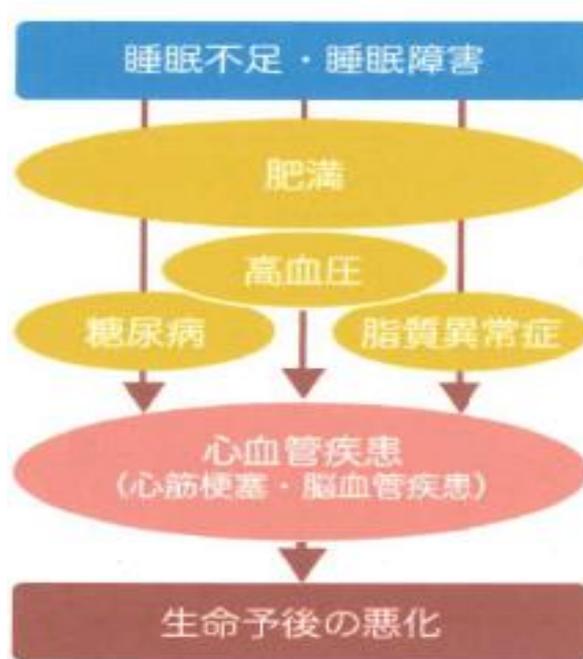


図6 睡眠と生活習慣病 文献7から引用

睡眠不足を解消する方法：

- ・治療は睡眠日誌をつけることから始められます^⑨。
- ・睡眠時間が平均7時間確保されるよう生活習慣を見直します。どんなに忙しくとも、睡眠時間は削らないように心掛けます。
- ・睡眠環境（寝室）の調整、光・音・温度・湿度を快適に保ちます。スマホ、パソコン、テレビなどを見る時間を制限し、夜遅くまで光を浴びない配慮をします

引用文献

1. 睡眠障害の対応と治療ガイドライン 内山 真 編集 2019年10月
2. T.Young et al. : Sleep 31:1071, 2008
3. P.J.Stollo et al. N.Eng. J.Med. 370:139, 2014
4. 千葉伸太郎 日本医師会雑誌 149 : 273, 2020
5. 睡眠障害国際分類第3版 (ICSD-3) 2013年
6. Y.Amagai et al. : J.Epidemiol. 14:124, 2004
7. 三島和夫 厚生労働省 e-ヘルスネット
睡眠と生活習慣との深い関係
8. 筒井未春 心身健康科学 4 : 69, 2008
9. 粥川裕平等 睡眠障害診療マニュアル P. 61, 2003
睡眠不足症候群

他の医療機関との連携：連携いただいている他の医療機関

下記医療機関と連携して検査、診断、治療、転院相談などを行っております。

- ・平沢スリープ・メンタルクリニック（関連病院：ロイヤルこころの里病院）
〒 359-0037 埼玉県 所沢市くすのき台 1-10-10 TOSHI ビル 2 号室
TEL 予約・問い合わせ電話番号 04-2941-2711
- ・所沢呼吸器科クリニック ・附属睡眠呼吸障害センター
〒359-1124 埼玉県所沢市東住吉 7-8 富士山ビル 4 階
TEL 04-2940-8180
- ・ハッピーバース・ライフクリニック
〒 350-1101 埼玉県 川越市的場 2-7-7
TEL 049-233-8821

専門外来担当者（吉田 哲）の資格

- 医学博士
- 日本睡眠学会総合専門医
- 日本呼吸器学会専門医
- 日本内科学会認定医

2023-11-8