

過眠をきたす疾患の診断のポイント

粥川裕平, 北島剛司, 富田悟江, 岡田 保

過眠症診断のポイント

過眠の訴えに対して、鑑別診断に結びつく適切な問診を

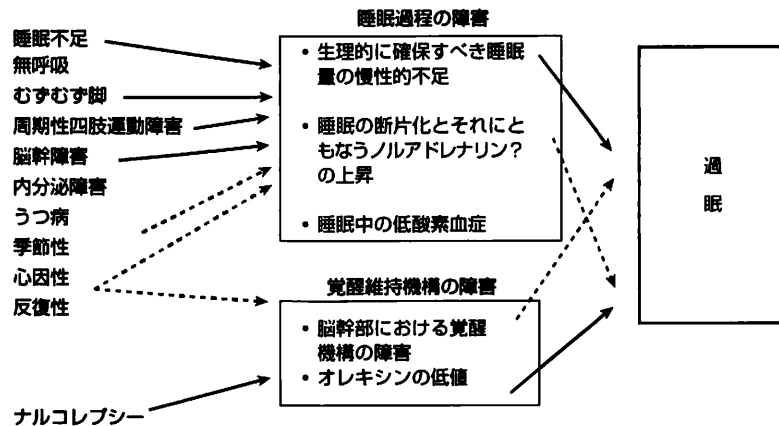
不眠に比べて過眠の診断が難しいのはなぜか。過眠は、不眠のように、入眠困難、中途覚醒、再入眠困難、早朝覚醒、熟眠感の欠如といった自覚症状に基づく下位分類ができないので、問診が先に進まない。昼間の意識レベルが関連しており、**昼間の覚醒レベルを妨げる要因についての理解が過眠の診断には不可欠である**。徹夜した翌日はあくびが出て眠く、覚醒レベルを維持するのが困難な体験を一度ならず人は経験するように、常識的にわかりやすいのは**夜間の睡眠不足の結果**、日中に代償性に睡眠欲求が高まることによってもたらされる過眠である。単純な睡眠の量的不足（徹夜、断眠、部分断眠）による日中過眠は、もっともありふれた過眠の原因である。

第2の原因は、眠ろうとすると呼吸が止まったりするのが繰り返され、結果的に**睡眠過程が障害**されてしまう睡眠時無呼吸症候群では、睡眠中の無呼吸の反復による低酸素血症も関連して、日中の眠気は著しく強くなる。睡眠時無呼吸症候群とは合併はあっても、病態は異なるむずむず脚症候群や周期性四肢運動障害などでは、入眠時の下肢のむずむずする不快感などの自覚症状の有無の違いはあるものの、下肢あるいは上肢の周期性の不随意運動とそれに伴う脳の覚醒反応の反復で、やはり睡眠過程が障害され熟眠感の欠如と日中の過眠をもたらすことになる。このように夜間睡眠の顕著な量的あるいは質的減少により起こる過眠がある。こうした過眠症に、睡眠過程の障害である不眠症を併発することも、しばしばあるが、純粋な不眠単独では日中の眠気を引き起こすことはまれなので、原因論で混乱することは少ない。第3の原因として、こうした脳の睡眠過程の障害とは別に、**日中の覚醒機構が上手く作動しないために起こる過眠**がある。それがもっとも有名な過眠症の代表として古くから卒前教育でも必ず講義されてきたナルコレプシーという病気である。ナルコレプシーも、夜間睡眠が障害されたり、睡眠時無呼吸症候群を併発したりする場合もあり、眠気の要因が複合的になって悪循環に陥る場合もある。人の健康な眠りと目覚めは、睡眠機構にも覚醒機構にも障害がないことであるが、睡眠機構に障害があると、覚醒機構にも悪影響を及ぼし、覚醒機構に障害があると、睡眠機構にも悪影響を及ぼすという相互作用についても理解しておかなくてはならない。

過眠の病態の基本的理解

上述のことを、わかりやすく図で解説しているのが図1である。睡眠過程の障害あるいは生理的睡眠の量的不足の結果発生する日中の**代償性の眠気**と、夜間の

図1 過眠の病態



睡眠の障害の有無に修飾はされるものの、基本的に日中の覚醒を維持する機構の障害による病的眠気が、過眠の病態の基本である。こうしたことを前提にしていないと、過眠をきたす疾患の的確な診断には至らない。

過眠をきたす疾患と好発年齢

耐え難い眠気といえば、第1に居眠り病の代表としてナルコレプシーが最も有名であるが、過眠を訴える病態を頻度別に並べると、睡眠不足症候群、睡眠時無呼吸症候群、ナルコレプシー、特発性過眠症、反復性過眠症、季節性うつ病、双極性うつ病、過眠型うつ病、月経関連過眠症、心因性過眠症などがある。しかも好発年齢があり、詳細な問診によって、適切な治療に結びつく。若年者の過眠は、第1に睡眠不足症候群、ついでナルコレプシーを考える。高度の肥満や知的障害を伴っていれば、プラダー・ウィリ症候群などを考慮する。朝起床困難で、学校や職場で午前中居眠りという場合には、睡眠不足症候群のほかに、睡眠相後退症候群なども考える必要がある。

表1に、過眠症診断のための問診のポイントを示す。

眠気が数日間持続し、眠い間の記憶が不明瞭な場合は反復性過眠症を疑わせる。秋冬などの季節に限って食欲亢進、意欲減退などを伴う場合は季節性うつ病を疑わせる。月経との関連がある眠気は月経関連過眠症を考える必要がある。「普段の睡眠時間は適切か。平日と週末の睡眠時間に2時間以上の差がないか。週末十分眠れば、眠気はでないのか」という問いは睡眠不足症候群を想定している。「毎晩激しいびきをかいたり、呼吸が止まると指摘されたことはないか。朝起きて、喉が渇いたり、頭が重いということはないか」という問いは睡眠時無呼吸症候群を疑う場合である。

強い眠気や居眠り発作に笑ったり感動したときに、膝がガクツとなったり、頬の筋肉がゆるんだりする場合は、ナルコレプシーを疑わせる。「寝入りばなに脚がむずむずして不快なことはないか。寝起きがすっきりしないことはないか」は、むずむず脚症候群、周期性四肢運動障害を想定している。「眠い時期は意欲が減

表1 過眠の問診のポイント

いつ頃から、どのように眠いのか。眠気は発作的に生じるのか、それとも数日間持続するのか。眠い間の記憶はあるのか。それは季節によって異なるのか。(女性の場合)月経との関連はあるのか。

1. 眠くなるようなきっかけとなる出来事はあったのか。身体の病気、仕事上の問題、その他のストレスとなる要因は？それらの要因は持続しているのか。
2. これまで眠気に対していかなる試みをしてきたか。これまでの試みで良くなったものは？逆に悪くなったものは？
3. 普段の睡眠時間は適切か。平日と週末の睡眠時間に2時間以上の差がないか。週末十分眠れば、眠気はでないのか。
4. 毎晩激しいいびきをかいたり、呼吸が止まると指摘されたことはないか。朝起きて、喉が渇いたり、頭が重いということはないか。
5. 笑ったり感動した時に、膝がガクツとなったたり、頬の筋肉がゆるんだりすることはないか。
6. 寝入りばなに金縛りにあったり、恐い夢を見たり、何か動くものが見えたり人の気配がしたり、人の声が聴こえてきたりして恐怖感を抱いたことはないか。
7. 寝入りばなに脚がむずむずして不快なことはないか。寝起きがすっきりしないことはないか。
8. 眠い時期は意欲が減退したり、食欲が亢進したりしないか。逆に眠くない時期は、睡眠時間も短くて、非常に活発で元気ということはないか。
9. これまでどんな治療を受けてきたか。中枢刺激薬は有効であったか。中枢刺激薬に不安を抱いたり、逆に欲しくてたまらなくなることはないか。
10. 常用の薬物は如何なるものがあるか。

表2 過眠をきたす疾患

睡眠不足症候群	先天性疾患(脳性麻痺、プラダー・ウィリ症候群)
閉塞性睡眠時無呼吸低呼吸症候群	内分泌疾患(粘液水腫、甲状腺機能低下症)
ナルコレプシー	神経疾患(筋ジストロフィー、嗜眠性脳炎、頭部外傷)
特発性過眠症	時差症候群
反復性過眠症および月経関連過眠症	睡眠相後退症候群
非定型うつ病(双極性うつ病、過眠型うつ病、季節性うつ病)	交代勤務関連過眠症
周期性四肢運動障害	心因性過眠症
むずむず脚症候群	
薬物・アルコールの慢性使用	

退したり、食欲が亢進したりしないか。逆に眠くない時期は、睡眠時間も短くて、元気すぎることはないか」は双極性うつ病を想定したものである。これまでどんな治療を受けてきたか。常用の薬物の問診は、睡眠薬によるハングオーバーをはじめ薬剤因性の過眠を想定したものである。

過眠は就学や就労上の障害、社会的不利益も大きく、患者の自己評価も低下している場合が少なくない。そうした心理社会的側面にも配慮した問診が不可欠である。

過眠をきたす疾患の一覧を表2にまとめてある。

過眠の重症度基準

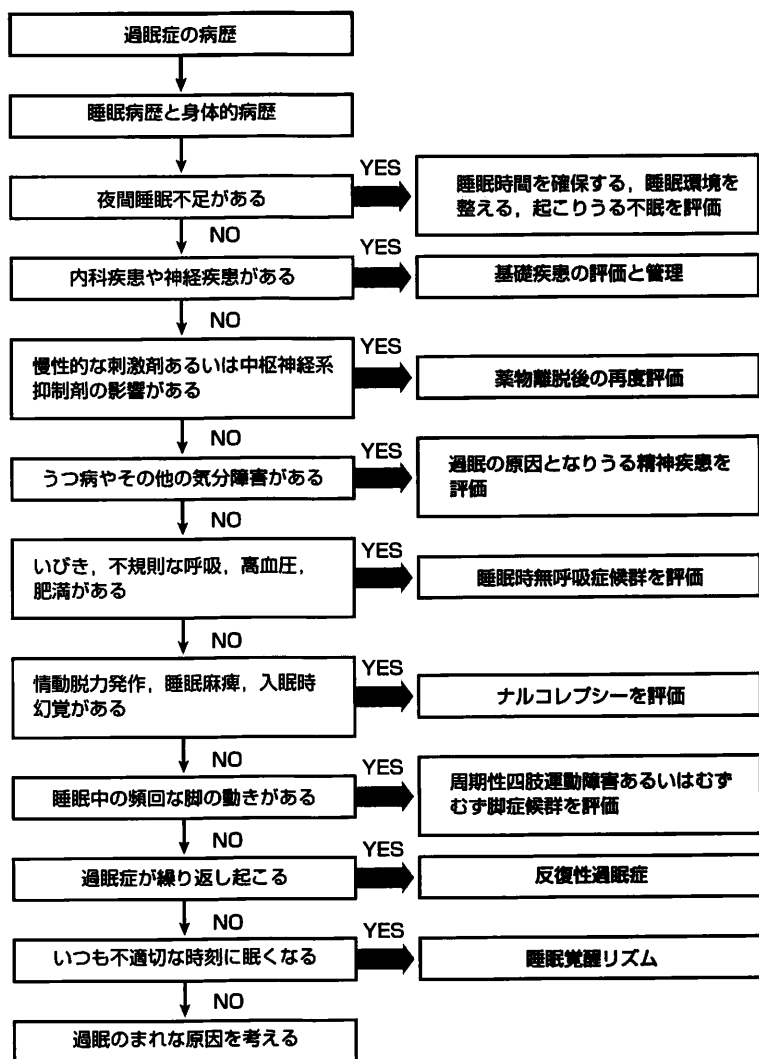
不眠は重症であれば、自覚的苦痛が強く、長期に持続すると心身の機能にも影響することはすでに指摘したが、過眠は、重症度ある場合に、ただちに社会生活

1) 粥川裕平: 睡眠障害治療の
基本, JIM, 14 (3): 200-204,
2004.

図2 過眠の診断フローチャート

用語アラカルト

- * 1 Epworth
Sleepiness Scale
(ESS)
・ 1991年オーストラリア
の Johns が提唱したも
ので、読書、昼食後、会
議、運転など日常生活の
8つの場面での居眠り、
うたた寝を0から3の4
段階でチェックする方法
である。
・ 0点から24点で、6点
以下が正常。眠気の程度
は軽度(8~12点)、中
程度(13点~15点)、
重度(16点以上)とされ
ている。世界中で汎用さ
れているが、極一部の患
者では、眠気に無自覚な
場合があり、留意を必要
とする。
- * 2 MSLT (multiple
sleep latency test)
・ 睡眠潜時反復検査で、午
前10時から2時間ごと
に1日4ないし5回20
分間ベッド上に臥床させ
て PSG により、睡眠段
階2の出現までの時間を
測定する眠気の客観的検
査の代表的検査法であ
る。5分以内に出現すべ
ば、病的な眠気と診断さ
れる。
- * 3 MWT
(maintenance of
wakefulness test)
・ MSLTと同様だが、敢え
て「眠らないように」と
覚醒を維持するように指
示する点が異なってい
る。それでも覚醒を維持
できなくて眠りに入っ
てしまう場合に、病的な眠
気と判定される。夜間の
睡眠検査(PSG)が保険
点数化されているのに、
昼間の眠気の検査
(MSLTやMWT)が保険
点数化されていないの
は、片手落ちといわざ
るを得ない。



上の支障が発生する。業務上のミス、処理能力の低下、試験の成績不良などに留まらず、交通事故、労働災害、これが、職業ドライバーや操縦士である場合には、大事故につながり多くの人命を失うことにもなりかねない。そうした意味で、過眠症は不眠に比べて頻度は少なく、しかも本人の苦悩も乏しい代わりに、家族や職場の上司、産業医が心配して、受診につながるが多い。

最近では、過眠の重症度を Epworth Sleepiness Scale^{*1} で点数化したり、保険診療として認可されていないものの、MSLT (multiple sleep latency test)^{*2} や MWT (maintenance of wakefulness test)^{*3} などで、眠気の強さを検査している睡眠学会認定の専門医療機関が増えつつある。表3に、眠気の重症度基準を参考までに付け加えておく。ICSD-2では、こうした重症度基準が撤廃されてしまったが、過眠に関しては特に重症度という観点は、タイムリーで的確な治療につなげるためにも、診断の重要なポイントである。

表3 過眠の重症度判定基準

軽度	休憩中とか注意集中が不要なときに限って、眠気が出現する。社会的・職業的機能の支障は軽い MSLT：10～15分
中等度	日中軽い身体活動を要し、中等度の注意集中が必要なとき（たとえば、車の運転中、コンサート、映画、劇場、集会など）に眠ってしまう。社会的・職業的機能の支障は中程度である。 MSLT：5～10分
神経疾患	日中、軽度から中等度の注意集中を要する活動中（たとえば、食事中、対話中、運転中、歩行中、スポーツ）に眠ってしまう。社会的・職業的機能と支障はいちじるしい。 MSLT<5分

* MSLT：Multiple Sleep Latency Test

昼間の眠気の客観的検査：脳波室で午前10時から2時間ごとに、20分間横になり眠りに入るまでの時間（入眠潜時＝sleep latency）を測定する。入眠潜時の平均が15分以下だと過剰な眠気となり、5分刻みで3段階に分けられる。

(ICSD, 1990による)

まとめ

睡眠不足症候群による眠気でmethylphenidate（リタリン®）が処方され、一向に改善しないまま1年も経過して、睡眠障害専門医を受診し、睡眠導入薬の処方と生活指導による夜間の適切な睡眠の確保によって初めて改善した事例もあるからである²⁾。過眠症に対する治療法（閉塞性睡眠時無呼吸症候群に対するCPAP療法、ナルコレプシーに対するmethylphenidate：リタリン®など）も、慢性閉塞性肺疾患や高血圧の治療と同様対症療法の域を出ないものの、治療成績ははるかに良好である。

問診による診断精度の向上は、PSGなどの検査の位置づけをより明確にし、睡眠障害で悩む患者の苦悩の軽減にも有用である。なお不眠症や過眠症の治療で、睡眠日誌と昼間の活動記録は治療効果判定や副作用チェックのうえで極めて有用であることを付け加えておかなくてはならない。

- 2) 粥川裕平, 塩見利明, 岡田保: 睡眠不足症候群, 睡眠障害診療マニュアル-症例からみた診断と治療のすすめ方, 久保木富房, 井上雄一監修, ライフサンエイス, p61-64, 2003.
- 3) 睡眠障害の診断・治療ガイドライン研究会, 内山 真編: 睡眠障害の対応と治療ガイドライン, じほう, 2002.

上島国利 監修
 精神科医 藤原 770-78
 X71616112 200629