

1.

# 不眠を訴える患者に うまく対応しよう

～不眠のアセスメントと睡眠薬使用法～

日本の某県にある臨床研修指定病院で研修医として働いて、研野はちょうど1年になります。厚生労働省の指定プログラムに沿って、研修医はさまざまな科をローテーションしますが、研野はまだ将来何を専門科にするのか決めていません。

今月から、総合内科病棟で研修をしています。



## 看護師さんからのレポート 連日不眠が続いている様子の62歳男性

細菌性肺炎で入院し、抗生剤加療を連日続けている62歳男性の患者さんです。現在、眠前にマイスリー® 5 mg 2錠内服を続けているのですが、午前2時頃になると、決まって目が覚めてしまうようで、その都度当直医に確認して、レンドルミン® 0.25 mg やハルシオン® 0.125 mg 内服を追加しても、毎日何度も途中で起きてしまうみたいなんです。研野先生、どうにかありませんか？



専田先生、というわけでコンサルトしたいんですけど。患者さんの全身状態は抗生物質に反応して良好に推移したわけですけど、どうにも夜間の睡眠がまらずいらしくって。マイスリー®を10 mg、これって保険用量上限ですよ？それを定時投与しているんですけど、効果ないみたいで追加の薬を飲んでる状態なんです。これって難治性の不眠なんでしょうか？ なんかうまい方法ありますか？



看護師さんからのレポートそのままの情報だね。コンサルトするにしても、もう少し医師としてのアセスメントをしないと、いい研修にならないよ。



すいません。でも、どう考えたらいいのか、皆目見当つかなくて…。



不眠＝睡眠薬投与っていう単純図式しか頭にないから、何も考えが浮かばないんだよ。とりえず強調したいのは、不眠は症候群であるってことなんだ。



症候群？



そう、熱が出ている患者さんに、解熱剤投与だけで済みますことは、日常臨床ではまずないだろう？ ただの感冒だってわかっていればともかく、発熱はいろいろな原因があるもんね。それと同じように、必ず「眠れない原因」の検索を図って、投薬をしなければならんってことだね。



それじゃ、不眠「症候群」の効率的なアセスメント法を教えてください！！



君は変わり身が早いねえ……。

専門科  
からの  
集中講義

## 不眠のアセスメント

不眠のアセスメント～睡眠薬を投与する前に～

- ①器質因の除外  
↓
- ②服用薬剤のチェック  
↓
- ③ベンゾジアゼピン系薬剤禁忌の確認  
↓
- ④精神疾患による不眠の除外（最も多い）…入院患者ではせん妄も  
↓
- ⑤特殊な睡眠障害の除外  
↓
- ⑥睡眠リズム障害の除外  
↓
- ⑦神経症性不眠と診断

まずは全体像の流れをアルゴリズム的に示しました。各症例ごと、おおむね上記の流れに沿って①から順番に、⑦まで各項目を確認していけば、間違いが少ないように思えます。

以下、各項目の詳細を解説していきます。

1

不眠を訴える患者にうまく対応しよう

不眠のアセスメントと睡眠薬使用法

## ■①器質因の除外

単純に体がつらいから眠れないということです。考えてみれば当たり前ですよ。不眠に限らず、医師の務めとしては「予後に関連する、緊急性のある原因から除外する」ことが原則ですので、身体因のうちでも、慢性心不全、呼吸器疾患〔喘息、COPD（慢性閉塞性肺疾患）〕などの循環呼吸器系の原因がないかチェックしましょう。

その他のものとして、更年期障害（中年女性）による不眠〔LH（黄体化ホルモン）、FSH（卵胞刺激ホルモン）の測定を〕、痒みや疼痛などによる不眠なども考慮しなければなりません。

## ■②服用薬剤のチェック

身体加療のために使用している薬剤が原因で不眠を呈することは日常的によく経験されます。具体的には、Caブロッカー〔アダラート<sup>®</sup>（ニフェジピン）、ワソラン<sup>®</sup>（ベラパミル）〕、ステロイド、インターフェロン、テオフィリン、ドパミン製剤、イソニアジドなどです。これらの製剤は必要があって服用しているわけですから、不眠があったくらいで、「不眠の原因だから中止」とするのはもちろん本末転倒なわけですが、もし減らせよう・中止できそうな薬剤であれば、後述する不眠の薬物治療前に検討されるべきかもしれません。特にテオフィリンなどは、長期的に漫然と投与されていることが臨床的によくみられます。

## ■③ベンゾジアゼピン系薬剤禁忌の確認

実際にわれわれが使用する睡眠薬は、そのほとんどがベンゾジアゼピン系ですので、投与する前に、アルゴリズム的に、対象患者は禁忌症例にあたるのかどうかのチェックが必須です。具体的には、閉鎖隅角緑内障、重症筋無力症などの疾患がこれにあたります。

その他、COPDなどでのCO<sub>2</sub>貯留しているような状態、その他の原因で呼吸不全を呈している場合でも相対的禁忌になる可能性があります。

ベンゾジアゼピン系薬剤が使用できない場合は、メジャーランキライザー類や、アタラックスP<sup>®</sup>、ロゼレム<sup>®</sup>などを使用することになりますが、より専門的な領域となるかもしれません。

## ■④精神疾患による不眠の除外（入院患者ではせん妄も）

実際臨床では、不眠の原因として最も多いものとなります。特に中途覚醒・早朝覚醒などの睡眠維持が図れないパターンの睡眠障害であることが多いです。これから述

べる睡眠薬の原則に則って薬剤使用を図っても不眠が改善されない場合などは、精神疾患を合併している可能性が高いです。うつ状態のスクリーニング法についてはII-1項を参考にしてください。また、I-2項で詳述しますが、入院という環境では、夜間不眠と思われる症例のうちの一部は、せん妄のケースです。不眠と判断する前に、せん妄の除外を図るべきといえます。

## ■⑤特殊な睡眠障害の除外

むずむず足症候群やレム睡眠行動異常症がこれにあたります。後述するように、この原因で不眠を呈している場合には、より神経内科的な専門検索が必要になりますし、使用薬剤がベンゾジアゼピン系の中でも特殊であるため、念頭に置いて積極的に除外する必要があります。

### ■周期性四肢運動障害、むずむず足症候群 (restless leg syndrome : RLS)

RLSとは、就寝中に下肢に耐えがたいむずむずした感覚が起こり、その結果不眠を生じる疾患です。変な(?)疾患名ですが、有病率は人口の1~3%とさえいわれている決して稀ではない疾患です。

具体的には、「寝ている時に足がむずむずしませんか?」と聞いてスクリーニングをかけましょう。

よほどの重症例でなければ、むずむずした状態は足を動かすと速やかに改善される場合がほとんどですので、併せて確認すると効果的です。

RLSの60~80%に周期性四肢運動障害を合併するといわれており、就寝時の「足のむずむず」を訴えて、結果不眠を訴える患者には、「日中自分の意識とは無関係に、手や足がびくんと動くことはないか」を尋ねることも診断の一助となります。

### ■レム睡眠行動異常症 (RBD)

就寝後にみる夢の内容に一致して、大きな叫び声をあげたり、実際に暴力をふるってしまったりする疾患です。臨床的には特徴的な訴えなので、不眠症として鑑別に悩むことは少ないのですが、こういった疾患があると認識していることが、単純に「寝ぼけ」と誤診しないために重要なことです。実際に「寝ぼけ」だから気にするなど近医で1年近くいわれ続けた症例を診断した自験例があります。

特発性(60%)と症候性(40%)がありますが、実際の臨床では症候性が重要で、多系統萎縮症やレビー小体型認知症、脊髄小脳変性症などの変性疾患の前駆症状であることがあり、速やかに神経内科へも併診としたいところです。

いずれもより詳しい説明は成書に譲りますが、RLS—周期性四肢運動障害とレム睡

眼行動異常症はいずれも、ベンゾジアゼピン系の中でも、特にクロナゼパム（ランドセン<sup>®</sup>、リボトリール<sup>®</sup>）がまず試すべき薬剤として推奨されているという共通点があります。

RLSに関しては、有病率が高いといわれており、研修医の先生方も遭遇する機会があるかもしれないので、本項末の「一歩進んで」で解説します。

## ■⑥睡眠リズム障害の除外

非24時間睡眠覚醒障害、概日リズム障害や睡眠相後退、あるいは睡眠相前進障害などがありますが、不眠というよりは、睡眠のリズムが狂ってしまって不眠に至っている疾患概念です。睡眠日誌をつけてもらって診断の補助とし、生活指導をする方が薬物療法よりも効果的であることもしばしばですが、本書の意義とは少し離れる疾患群ですので、詳述しません。不眠症除外を正確に行おうとすると、こうした疾患群も念頭に置く必要がある程度に認識しておいてください。

## ■⑦神経症性不眠と診断

神経症性不眠とは、いわゆるわれわれが「不眠症」として安易に投薬をしてしまいがちな不眠症の総称と認識してください。

本当にアセスメントをしようとするとそのくらい手間がかかります。眠れない＝じゃあどの睡眠薬を出そうかな？、と単純に投薬すると危ういということは実感していただけたでしょうか？ すべての患者に対して、この手順をすべて踏むことは理想ですが、実際臨床ではやはり現実的ではないでしょう。重要なのは、こういった手順を自分の頭の中で整理し、初期投薬の効果がなく、困ったら、少しこの指針に立ち返ってアセスメントし直すということです。特に精神科を標榜していない総合病院で研修している先生方は、睡眠がうまくコントロールできない症例に遭遇したら、ぜひこのアルゴリズムに立ち返ってください。



このように、不眠も本来はさまざまな原因検討をした上で、薬剤使用にたどりつかないといけないわけなんだ。



ためになります！！ ちなみに、今回の症例では肺炎は治ってきているので、夜間のSpO<sub>2</sub>も問題なかったですね。不眠を呈するような薬剤も内服していないようです。ベンゾジアゼピン禁忌な既往歴もありません。



私が患者さんと面談した限りでも、精神的な疾患やせん妄などはみられなかったね。入院患者では、不眠と思っていたら実はせん妄だったというパターン