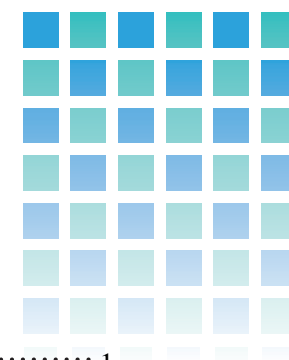


ナルコレプシーの すべて 居眠り病

監修 菱川 泰夫 / 著者 角谷 寛



エム・イー・タイムス



目次

- 1. はじめに 1
- 2. ナルコレプシーとは 2
- 3. ナルコレプシーの症状 3
 - (1) 日中の過度の眠気と居眠り 3
 - (2) 情動性脱力発作 3
 - (3) 睡眠麻痺 4
 - (4) 入眠時幻覚 4
 - (5) その他 4
- 4. ナルコレプシーはどのように起こるのか? 5
- 5. ナルコレプシーの診断とそのための検査 6
 - (1) 睡眠ポリグラフ検査(ポリソムノグラフィー) 6
 - (2) 睡眠潜時反復テスト(MSLT) 7
 - (3) その他の検査 7
- 6. ナルコレプシーの治療 8
 - (1) 薬物療法 8
 - (2) 行動療法 10
 - (3) 生活環境の改善 11
 - (4) 患者会「なるこ会」 11



【1. はじめに】

睡眠はたんに目覚めと日常生活の「中断」だけではありません。心や体の疲れを取り、心身ともにリフレッシュさせるために欠かせない重要な生体機能なのです。

ナルコレプシーは代表的な慢性の過眠症です。日中に強い眠気がしばしば起こり、そのために、時と場所に関係なく居眠りを繰り返してしまう特徴があります。この冊子では、ナルコレプシーという病気とその一般的な治療法を説明いたします。もし、ナルコレプシーが疑われるなら、早期に専門医を受診し、症状にあった治療を受けてください。

ナルコレプシーを疑うとき

次のような症状のあるときには、ナルコレプシーを疑います。

- 前夜に十分寝ていても、昼間の眠気が非常に強い。
- 食事中・会話中・運転中・工作中など、ふつうは眠らない状況でも、居眠りをしてしまう。
- 笑ったり、怒ったり、驚いたりしたときなどに、倒れたり、首やヒザの力が抜ける。
- 寝入りばな、あるいは目が覚めたときに「金縛り」にあう。



【2. ナルコレプシーとは】

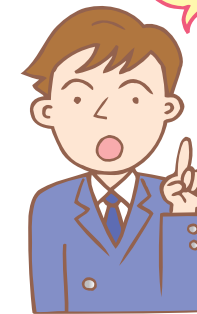
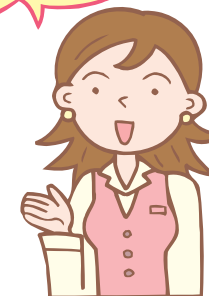
ナルコレプシーは慢性の過眠症(居眠り病)です。主要な症状は、日中に過度の眠気が起こることです。

通常、10歳代で発症することが多く、とくに14~16歳に発症のピークがあります。日本人の0.16~0.18%がこの病気にかかっているといわれています。

発症の頻度に男女差はありません。第一親等の血縁者にナルコレプシーの患者がいる場合でも、発症する頻度は1~2%とあまり高くありませんが、それでも一般における有病率の10~40倍も高くなっています。また、遺伝子が全く同じである一卵性双生児においても、その双方が発症するのは約1/3です。このようなことより、遺伝的な素因は関係していますが、後天的な要素も発症に大きく関わっていると考えられています。

14~16歳に
発症のピーク。
男女差はありません。

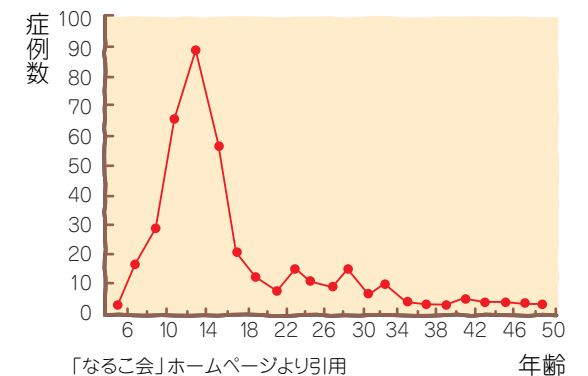
日本人の0.16~
0.18%が、この病気にかかっている。



ナルコレプシーとは何か

- 慢性の過眠症(居眠り病)
- 10歳代に発症することが多い。
- 遺伝素因と後天的要因の両方が発症に関係する。

●ナルコレプシーの発症年齢



【 3. ナルコレプシーの症状 】

(1) 日中の過度の眠気と居眠り

前夜に十分寝ていても、日中に猛烈な眠気に襲われたり、居眠りを何度も繰り返してしまうことが、毎日のように起こることが特徴です。しかも、健康な人では眠気が生じるとは考えられない状況、たとえば、歩いているとき、危険な作業中、食事中、会話中などでも眠り込んでしまいます。

そして、10～20分くらい昼寝をするとスッキリとしますが、数時間後には耐え難い眠気に再び襲われるというものです。

(2) 情動性脱力発作

喜ぶ・笑う・怒るなどの強い感情を引き金として起こる一時的な脱力の発作です。この脱力発作は、日中の過度の眠気による居眠りの発作と異なり、発作の最中も意識ははっきりと保たれています。脱力の程度は、首や膝の力が少しだけ抜けたり、「ろれつ」が回りにくくなるといった軽い場合から、ひどい場合には、全身の力が抜けて床に倒れてしまうこともあります。発作の長さはほんの2～3秒から数分間も続くことがあります。



(3) 睡眠麻痺

声を出したり体を動かすことができなくなる状態(いわゆる“金縛り”)が、睡眠と覚醒の境目、つまり、寝入りばなや目が覚めたときに起こることです。

(4) 入眠時幻覚

入眠時に鮮明な夢のような幻覚を見ることです。寝入りばなで、自分ではまだ起きていていると思っているときに、ひどく鮮やかで怖い夢に似た体験をすることです。

(5) その他

夜間に頻回の中途覚醒が起こり、そのために、夜間睡眠の分断されることがしばしば起こります。また、自分では眠ってしまったという自覚がないのに、自分がしたことを後で覚えていないという「自動症」と呼ばれる状態がみられることもあります。それ以外に、ものが二重に見える複視、頭痛、集中力の低下、記憶障害などの症状が報告されています。

以上の(1)～(4)がナルコレプシーの四大症状と呼ばれています。多くの場合、最初に出てくる症状は日中の過度の眠気と居眠りです。それ以外の症状は数ヶ月から数年後に起こってくるがよくみられます。症状の強さの程度や各症状が起こる時期などには個人差が大きく、四大症状のすべてを持つ人は患者の20～25%です。特に、日中の過度の眠気と情動性脱力発作は特徴的な症状で、これら両方の症状があればナルコレプシーと診断されます。

ナルコレプシーの四大症状

- 日中の過度の眠気と居眠り
- 睡眠麻痺
- 情動性脱力発作
- 入眠時幻覚

【4. ナルコレプシーはどのように起こるのか?】

ナルコレプシーの原因はまだはっきりとは分かっていませんが、脳の中で睡眠・覚醒を調節している部分の障害によって起こると考えられています。

情動性脱力発作と睡眠麻痺は、われわれが夢を見ている最中には全身の骨格筋の緊張が消失して脱力していることによく似ている現象です。また、入眠時幻覚は夢とよく似ています。その脱力や幻覚は、健康な人が睡眠中に夢を見ているときのような現象が、目覚めている時や寝入りばなに起こっていることと考えられます。

ナルコレプシーは精神的あるいは心理的問題のために起こる病気ではありません。最近、脳内のオレキシン(別名 ヒポクレチン)という物質が、ナルコレプシーの患者さんでは極端に減少している場合が多いことが分かってきました。



【5. ナルコレプシーの診断とそのための検査】

主要な症状が現れてからの経過や居眠りや情動性脱力発作の様子をよく知ることが重要です。また、診断のためには次の二つの検査がよく行われています。

(1) 睡眠ポリグラフ検査(ポリソムノグラフィ)

夜間に耳や頭に電極を貼り付け、脳波・眼電図・筋電図などを記録します。これによって睡眠の状態を判別し、夜間睡眠の特徴を知ることができます。また、同時に睡眠中の呼吸状態を調べることによって、ナルコレプシーと合併することのある睡眠時無呼吸症候群など、ナルコレプシー以外の睡眠障害があるのかどうかについても調べます。



(2) 睡眠潜時反復テスト (MSLT)

睡眠ポリグラフ検査を行った翌日の昼間に、同様の検査を数時間おきに20～30分ずつ繰り返すものです。昼間の眠気の程度などを測るテストです。

これらの検査によって、ナルコレプシーに特徴的な睡眠のパターンを持っているかどうかを調べることができます。この結果と症状の特徴から診断することになります。

(3) その他の検査

HLA (ヒト主要組織適合抗原)*の検査

*赤血球にABO式の血液型があるように、白血球にもHLA型という血液型があります。このHLAは自己免疫疾患などの種々の疾患と関連性があり、臓器移植の免疫反応などにも関連しています。

日本人のナルコレプシーの患者さんでは、HLAの型のうちDR2とDQ1がともに、ほぼ全員が陽性です。ただし、このタイプを持つ人は12～38%もいます。したがって、このタイプのHLAだからといって、ナルコレプシーだとはっきり診断することはできません。

補足ですが、ナルコレプシーの患者さんのHLAの型をより細かく分けると、DR2はDR15あるいはDRB1*1501に、DQ1はDQ6あるいはDQB1*0602に分類されています。

【 6. ナルコレプシーの治療 】

ナルコレプシーの原因には、いまだ不明の点があるので、その根本的治療はまだ確立されておられません。しかし、その症状を抑えたり改善することはできます。

治療には、薬物療法・行動療法・生活環境の改善の三つを組み合わせることで行われます。きちんと治療をすることによって、多くのナルコレプシーの患者さんは、ほぼ普通の生活を送れることが期待できます。

(1) 薬物療法

薬の効き方や適切な投与量には個人差が大きいので、主治医とよく相談してください。それぞれの症状に応じた薬物療法が行われます。



日中の過度の眠気と居眠りに対して

リタリン(塩酸メチルフェニデート)、ベタナミン(ペモリン)などの精神賦活剤が処方されています。それ以外に、日本ではまだ発売されていませんが(2001年現在)、欧米でよく使われるモダフィニールという薬もあります。ただし、これらの薬を夕方以降に服用すると、夜間に眠れなくなるおそれがあるので、夜には服用しないでください。

情動性脱力発作・睡眠麻痺・入眠時幻覚に対して

アナフラニール(クロミプラミン)、トフラニール(イミプラミン)などの三環系抗うつ剤が有効です。

夜間の不眠に対して

夜の熟睡障害には、睡眠導入剤が用いられます。

副作用について

精神賦活剤の主な副作用は口渇、頭痛、発汗、食欲減退です。一方、三環系抗うつ剤の主な副作用は口渇・便秘・排尿障害・眼圧亢進です。特に、ベタナミン(ペモリン)では肝障害が起こることがあると海外からの報告がありますので、服用中は定期的に血液検査による肝機能のチェックを受けられることをお勧めします。

睡眠導入剤や精神賦活剤を長期間に渡って使用することで、薬剤に対する慣れ、あるいは、依存のはじまりのような状態が生じることがあります。しかし、医師の治療を受けながら医師の処方どおりの服薬をしている限りは、それらの心配はまずありませんので、指導された通りに服薬を続けてください。

副作用が気になる場合は、遠慮せずに医師に相談してください。



(2) 行動療法

薬物以外に、生活習慣を変えることによって、症状の大幅な改善が見られることがあります。以下のような点を心がけてください。

- 毎日ほぼ同じ時間に寝たり起きたりする、規則正しい睡眠・覚醒の習慣
- いつも決まった時間に昼寝を取る習慣(可能ならば、昼休みと午後5時過ぎに、15分くらいの短時間の昼寝をする)
- 車の運転や料理をするときは、特に注意し、眠くならない時間帯にする。
- 暴飲暴食をひかえる。

(3) 生活環境の改善

家族、友人、同僚の病気についての理解を得ることは、ナルコレプシーを治療していく上でも大切です。日中に寝てしまうのは、この病気によるもので、怠惰・やる気のなさ・うつ病などのせいでないことを理解してもらいましょう。その際には、どうぞ、この冊子を利用してください。

(4) 患者会「なるこ会」

患者さん相互の親睦と助け合い、一般の人々への啓蒙など、患者さんたちの社会生活面の改善を目的とした患者会「なるこ会」があります。その連絡先は下記の通りです。



●略歴

監修

菱川 泰夫 (ひしかわ やすお)

1932年 生まれ

1952年 大阪大学医学部卒業

大阪大学(精神医学講座)、フライブルグ大学(臨床生理教室)、
秋田大学(精神科学講座)にて臨床および研究

現在、秋田回生会病院院長、秋田大学医学部名誉教授

日本睡眠学会理事長、国際睡眠学会副会長などを歴任

著者

角谷 寛 (かどたに ひろし)

1963年 生まれ

1990年 京都大学医学部医学科卒業

神戸市立中央市民病院勤務を経て、京都大学(生体情報科学講座)、
スタンフォード大学(睡眠異常研究センター)にて研究

科学技術振興事業団 さきがけ研究21にて研究中。現在に至る

睡眠、神経科学が専門

ナルコレプシー(居眠り病)のすべて

2002年3月8日 初版発行

2012年2月22日 初版第4刷発行

監修 菱川 泰夫

著者 角谷 寛

発行者 盛山 裕樹

編集者 伊藤 順子

発行所 株式会社 エム・イー・タイムス

〒113-0033 東京都文京区本郷2-35-8

電話(03)5684-1285

<http://www.me-times.co.jp/>

印刷所 三浦印刷株式会社

©2012 株式会社 エム・イー・タイムス