

治療

睡眠時遊行症

神山 潤

東京ベイ・浦安市川医療センター小児科

プライマリ・ケアにおけるポイント

- ・服薬状況を含む詳細な問診で精度の高い診断が可能.
- ・てんかんと鑑別には脳波記録が重要.
- ・疾患の自然歴に関する丁寧な説明, 誘因の除去, SHT (sleep health treatment) の徹底が薬物療法以上に重要.
- ・エピソード出現時の対応の基本は, 危険に配慮して見守る.

I 特徴

症例 1

4歳の息子です。夜9時には寝るのですが、寝入って2時間ほどすると起き上がって部屋から出ようとします。声をかけたり、寝かそうとするとぐずぐずしていやいやを始めます。翌朝には何事もなかったように起きてきて、聞いても夜のことは覚えていません。一時期落ち着いたのですが、幼稚園に入ってからまた増えてきました。主人と主人の兄も小さい頃よく徘徊したと聞いているので心配はしていないのですが、放っておいていいのでしょうか？

症例 2

小学6年の息子が、ほとんど毎晩、寝入ってしばらくしてから、ベッドから起きてきます。時には2階の部屋から1階に下りてきたりします。先日は、玄関の傘立てに向かって、おしっこをしてみました。こんなことがあっても翌朝、息子は全く覚えていません。修学旅行が近いので、直してやりたいのですが。

この2つの例は、睡眠時遊行症に関する外来での訴えの典型的な例だ。時には大きな声を出したり、ひどくじたばた騒いだりする例もあるが、そのような場合には睡眠時驚愕症が合併しているこ

とを伺わせる。自律神経系の症状(発汗・頻脈・呼吸促進・筋緊張亢進)は睡眠時驚愕症では前面に出るが、睡眠時遊行症ではほとんど認めない。いずれにしても「覚醒障害」と診断できる。覚醒障害には以下の5つの基本的特徴がある。

- ① ノンレム睡眠期、とくに徐波睡眠期に発現する。
- ② レム睡眠期にはほとんど発現しない。
- ③ 徐波睡眠期に無理に起こすと発作が生じる。
- ④ 遺伝的な要素が強い。
- ⑤ 小児期に多く、成人では少ない。

典型的には、寝入って2~3時間内に1回生じる。エピソードの大半は30分以内(多くは15分以内)に終わる。エピソードの記憶は通常ない。エピソードが単発的に生じることもあるし、数夜連続したり一晩に何度も起きるなど、頻発することもある。有病率は小児では17%、8~12歳頃に多い。頻度は毎日ある人から年に数回程度の人までさまざま。家族集積性については、一卵性双生児と二卵性双生児の研究から、本症例の65%で遺伝的要因が絡んでいることが考えられている¹⁾。

診断基準¹⁾を表1に示す。本症では、通常ごく

表1 睡眠時遊行症の診断基準

- A. 睡眠中に歩き回る。
- B. 歩き回っている間にも睡眠が持続している、意識が変性状態にある、あるいは判断が障害されていることは、以下の少なくとも1項目を満たすことでわかる。
- ① その人を覚醒させることが難しい。
 - ② 目が覚めても知的に混乱している。
 - ③ 歩き回っていたことを全く、あるいは部分的に覚えていない。
 - ④ 不適切な時期に通常の行動がなされる。
 - ⑤ 不適切あるいはばかげた行動。
 - ⑥ 危険あるいは潜在的に危険な行動。
- C. この障害はほかの睡眠関連疾患、医学的・神経学的疾患、精神疾患、薬物などの使用では説明できない。

普通に行われる行為がなされるが、**症例2**にあるような行為については、診断基準のなかにも「**⑤ 不適切あるいはばかげた行動**」として記載が

あり、具体的にはゴミ箱への放尿、力任せに家具を動かしたり、窓によじ登ったりするなどが知られている。

II 原因

原因は不明だが、ノンレム睡眠から眠りを浅くすること、あるいは目覚めることがうまくできないことで生じると考えられている。睡眠時遊行症の発作時SPECT所見によると、睡眠時遊行時には、①前頭頭頂部の連合皮質の血流低下と、②帯状回と視床の活性化が観察された²⁾。健常者では、睡眠中には皮質連合野の活性が低下することがPETで明らかにされていることから、①の所見は健常者での睡眠中と同様の所見、つまり睡眠時遊

行時には、睡眠が持続していると考え得る。一方、②の所見は健常者の睡眠中の状態とは異なる。帯状回は情動との関連があり、帯状回の活性化される様式や部位の違いが、覚醒障害の症状の違いとなるとの仮説が提唱されている。なお、帯状回は大脳辺縁系の各部位を結びつける役割を果たしているが、辺縁系が活性化することで覚醒障害が発現するとの仮説もある³⁾。

III 鑑別診断

最も重要な鑑別対象はてんかんだ。本症では頻度が自然に減ることもあるが、頻度がしだいに増す一方の場合には、てんかんの可能性を考える必要がある。その場合、脳波の検査(可能ならばビデオ脳波同時記録)が必要となる。5歳の人で、てんかんと区別するために大学病院に泊ってもらいビデオポリグラフ同時記録をしたことがある。覚醒障害の人は、宿泊教室や検査といった緊張を強いられる状況や普段とは違う環境では症状

が出ないことが多いのだが、この患者は病院の検査室においても症状を呈した。不思議なことに、それまでほぼ毎晩出ていた症状が、投薬はしていないにもかかわらず、検査翌日から全くみられなくなってしまったのである。半年後、運動会の練習があった晩にむくっと起き上がったことが一度だけあったそうだが、それ以前はほぼ毎晩あった症状が入院を最後に認めなくなったわけだ。論理的な説明は難しいが実際の経験だ。

悪夢とレム睡眠行動異常症も鑑別診断にあがる。ともにレム睡眠と関連した睡眠時随伴症で、レム睡眠の出現が増える睡眠の後半に生じやすい。悪夢は、恐怖・不安感から夢にうなされる状態だが、動き回ることはない。覚醒させても錯乱に陥らない。幼児期に始まり小児期に多いが、成人期・老年期に至るまで症状を訴えることもある。レム睡眠行動異常症では、レム睡眠期に生理的に出現する筋緊張抑制が不十分となり、夢内容に従い行動する。高齢者に多く、アルコール摂取時にも出現しやすい。暴力など、危険な行為に及ぶこともある。

なお、ベンゾジアゼピン受容体 $\omega 1$ 選択への親

和性が選択的に高い超短時間作用型の入眠薬であるゾルピデムを使用した患者255人の5.1%、13人に睡眠に関連した記憶にない行動上の変化を副作用として認めたとの報告がある⁴⁾。平均年齢は42.5歳で、記憶にない行動の内訳は、電話使用5人、テレビ視聴3人、ボーイフレンド宅への訪問1人で、ほかの4人にはテレビ・電話・食事・家族への会話が組み合わさってみられたという。このほかにも、睡眠関連で運転・買い物なども本薬剤の副作用として報告されている⁵⁾。

成人の場合、詐病との鑑別を考慮すべき場合もある。

IV 治療

基本的には自然消失する。その点を家族に十分に説明して不安を取り除くことが治療の基本だ。頻度が少ない場合には、このようなアドバイスのみでとくにほかの治療を要しないことも多い。

本症には多くの誘因が特定されているが、断眠が最も有力な要因である。そして患者の誘因を知り、それを回避することがきわめて有効な治療手段だ。甲状腺亢進症・片頭痛・頭部外傷・脳炎・脳卒中・ほかの疾患でも本症が引き起こされることがある。閉塞性睡眠時無呼吸症候群などの他の睡眠関連症状が、小児でも大人でも本症の誘因と認識されてきている。種々の睡眠関連障害や症状のために、睡眠時遊行を伴う覚醒障害が引き起こされることがある⁶⁾。炭酸リチウム・フェノチアジン・抗コリン作用薬などの向精神薬使用、鎮静薬使用、さらに旅行、不慣れな環境での睡眠、小児の発熱、成人の身体的ストレスや感情的ストレス、また月経前期でも本症が誘発されることがある。興奮や不規則な生活、さらに膀胱の膨張などの内的刺激や、騒音や光などの外的刺激や痛み刺激でもエピソードが引き起こされる。アルコー

ル摂取や乱用も危険因子である。SHT (sleep health treatment : 表2)の徹底も重要だ。

寝室の工夫としては、畳の部屋に寝かせる、二段ベッドなら下の段で寝かせるなどが必要である。エピソードに際しては、なだめようとすると逆に興奮することが多いので、危険(転落・転倒・ガラスなど)に配慮した施錠などの対策を立てたうえで見守る、という対応が基本となる。外出・転落などの危険に配慮して、施錠が必要となる場合もある。時に暴力行為が成人発症の男性優位にみられるが、他人に対し暴力がふるわれるのは、他人(=被害者)の直接の身体的接触や近接時に生ずる場合が多く、けっして無差別・自発的に生じるものではないという³⁾。なお、覚醒障害

表2 SHT (sleep health treatment)

- 朝の光を浴びること
- 昼間に活動すること
- 夜は暗いところで休むこと
- 規則的に食事をとること

付記：眠気を阻害する嗜好品(カフェイン・アルコール・ニコチン)、過剰なメディア接触を避けること

に伴う暴力行為に関しては、2000年以降の報告も4例あり、うち1例で被害者は死亡している³⁾。

頻度、程度が著しい場合には、少量のマイナートランキライザー（ニトラゼパム 0.05～0.1mg/kgやロフラゼペート 0.01mg/kg）を就寝前に使用することもある。ただし、薬物療法を考える前に、誘因の回避とSHTの確認は不可欠だ。投薬は必ずしも必須の治療法ではないので、投薬開始前に十分に疾患について説明し、自然治癒例が大半であることを十分に理解してもらうことが重要だ。薬物療法は数ヵ月試みて減量できる。減量・中止しても再発する例は多くない。なお、マイナー

トランキライザーは睡眠中の呼吸を抑制する。睡眠時無呼吸に伴う場合には状態を悪化させる危険があるので、薬物療法開始前の評価が重要である。

最近、筆者は漢方を処方する場合もある。外来では抑肝散(ソウジュツ・サイコ・ブクリョウ・カンゾウ・センキュウ・チュウトウコウ・トウキ)を好んで処方(0.1g/kg/日、分3)するが、市販の宇津救命丸(ジャコウ・ゴオウ・レイヨウカク・ギユウタン・ニンジン・オウレン・カンゾウ・チョウジ)(<http://www.uzukyumeigan.co.jp/lineup/pdf/001.pdf>)が効果を上げる例も少なからず経験している。



参考文献

- 1) American Academy of Sleep Medicine : The International classification of sleep disorder, 2nd ed, 2005.
- 2) Bassetti C, Vella S, Donati F, et al : SPECT during sleepwalking. Lancet, 356 : 484-485, 2000.
- 3) Pressman MR : Disorders of arousal from sleep and violent behavior : the role of physical contact and proximity. Sleep, 30 : 1039-1047, 2007.
- 4) Tsai JH, Yang P, Chen CC, et al : Zolpidem-induced amnesia and somnambulism : rare occurrences? Eur Neuropsychopharmacol, 19 : 74-76, 2009.
- 5) Monti JM, Spence DW, Pandi-Perumal SR, et al : Pharmacotherapy of insomnia : focus on zolpidem extended release. Clinical Medicine : Therapeutics, 1 : 123-140, 2009.
- 6) Guilleminault C, Palombini L, Pelayo R, et al : Sleepwalking and sleep terrors in prepubertal children : what triggers them? Pediatrics, 111 : e17-25, 2003.