CDEJは患者の睡眠障害にどのように対応していくべきか

東京慈恵会医科大学　精神医学講座　伊藤　洋

最近の疫学調査では，わが国の一般人口の約20％が不眠など睡眠に関する何らかの問題を持っていると報告されています．

従来，不眠は本人の苦痛は生じるものの生命予後には影響を与えない症状として捉えられていました．しかし1990年代のおもにアメリカにおける研究結果から，不眠による日中の過度の眠気は精神運動機能を低下させ，交通事故などの原因となりうる危険な病態であると考えられるようになってきました．さらに2000年代に入り，糖尿病などの生活習慣病に罹患しますと，高頻度に不眠を認めることが明らかにされました．我々の調査でも糖尿病の約25％に不眠を合併することが明らかになっています（表）（多変量解析にて糖尿病群 vs. 健常群のオッズ比2.19）．また糖尿病や高血圧症の患者さんには睡眠時無呼吸症候群が高頻度に合併する，あるいはパーキンソン病などの神経疾患ではレム睡眠行動障害やムズムズ脚症候群などの特殊な睡眠障害を合併するという興味深い報告もあります．

一方正常者においても，睡眠時間制限（人工的不眠）は交感神経活動を亢進し，インスリン分泌には影響を与えないものの耐糖能を低下させることが知られるようになっています．

したがって糖尿病患者さんの療養管理に際しては，不眠が合併しているかどうかにも十分に留意し，不眠で困っている患者さんには不眠の治療も併せて行うことが糖尿病自体の治療にも有利に働くことを知っておくべきでしょう．

不眠症の治療に際しては，まず患者の睡眠習慣について検討を行います．不規則な就床・起床時刻，日中の長すぎる仮眠（適切な仮眠は午後3時頃までに30分程度），活動性の低下，過度の飲酒，コーヒーやお茶の摂取などの不適切な「睡眠衛生」が認められた場合には，まずこれらを改善させる必要があります．

「睡眠衛生」を改善しても不眠が改善しない場合に，初めて睡眠薬投与を行うことになります．患者さんが睡眠薬を危険な薬として認識している場合もありますが，現在頻用されているベンゾヂアゼピン系は毒性も低く，耐性，依存性形成の危険も低く，必要以上に服用を恐れる必要はないことも伝えます．

睡眠薬はその血中半減期により超短時間作用型，短時間作用型，中間型，長時間作用型に分類されます．特に老年者では，睡眠薬の「持ち越し効果」を避ける意味からも，まず超短時間，あるいは短時間作用型睡眠薬を選択すべきです．

睡眠薬の投与量は最大でも常用量の2倍程度に抑え，効果が不十分な場合にはトラゾドン（レスリン）やミアンセリンなどの鎮静系の抗うつ薬を投与することになります．

また不眠を訴える患者では，必要以上に長時間床（ベッドやふとんの中）で過ごしている場合も多いことから，床のなかにいる時間を，5時間より短くならない程度に，できるだけ短縮させる睡眠時間制限療法が有効なことも多くあります．

糖尿病と不眠の訴え

対象：2型糖尿病患者98例　年齢　52.9 ± 12.7歳
罹病期間9.4年　HbA1c：8.3 ± 1.8%　BMI：22.2

	糖尿病群 (N = 98)	対照群 (N = 153)
不眠の訴え＋	25.3%	11.6%
寝つきが悪い	16.7%	2.7%
夜中によく目が覚める	18.8%	6.8%
明け方早く目覚める	11.7%	0.7%

植松（慈恵医大精神科調査）：Jpn Gen Hosp Psychiatry 2004