

『間違いだらけの不眠症治療～眠れる治療から止められる治療へ～』

もりおか心のクリニック 院長 上田 均

はじめに

不眠症とは、実際の睡眠時間の長短にかかわらず患者自身が睡眠に対する不満足感を訴え、身体的、精神的、社会的に支障がある状態である。

不眠症の原因は、Psychological(心理的)、Psychiatric(精神医学的)、Physical(身体的)、Physiologic(生理学的)、Pharmacologic(薬物的)の5つがある(5つのP)。薬物的要因としては、SSRIなどの抗うつ薬、ニコチン、カフェイン、アルコールなどがある。

日本人が抱えている睡眠薬に対する不安・心配については、①依存性があり止められなくなる、②効果がなくなって量が増える、③翌日に眠気が残る、④大量服用すると死んでしまう、⑤寝酒の方が安心、などがある。

不眠症の治療

不眠症治療は薬物療法のみでは完結しない。不眠症治療の原則は、1)不眠の原因を特定し除去する、2)薬物療法と非薬物療法を並行する2つの原則があるが、0)そもそも本当に不眠なのか?と疑う事も大切である。

睡眠薬を処方する際に確認すべきことは、①何時に就床して、何時に入眠、起床は何時か?②昼寝(30分以上)はしていないか?③眠れないときの対処行動は?④過度の飲酒はないか?⑤日中の眠気、QOLの低下はないか?⑥睡眠時間にこだわりはないか?⑦睡眠を妨げる環境因子はないか?などがある。

また、睡眠薬に対する誤解として、①早く飲むと早く効く、②癖になって止められなくなる/耐性ができてどんどん増える、③お酒の方が安心、④飲めば必ず効いて眠れる(はずだ)、⑤ハルシオン(トリアゾラム)やマイスリー(ゾルピデム)は作用時間が短く弱い薬だ、⑥認知症の人が夜中に起きて徘徊するので睡眠薬で眠ってもらう、⑦睡眠薬で眠れないときお酒を飲む、⑧なかなか効かないので睡眠薬を飲んで風呂に入るなどがある。

ベンゾジアゼピン(BZs)・非BZs系睡眠薬

BZs系睡眠薬は、GABA受容体に結合してイオンチャネルを開きCl⁻を神経細胞内に流入させて鎮静作用をもたらす。非BZsも構造式がBZsと異なるだけで、BZsと同じGABA受容体に働く。BZs・非BZsは1ヶ月ほどの連用で容易に依存に陥る。BZs・非BZsは依存性だけでなく、認知機能に対する悪影響や筋弛緩作用によるふらつきが生じるため特に高齢者には特に注意が必要である。

メラトニン(MT)受容体作動薬ラメルテオン(RMT)

MT は、松果体から分泌され、視交叉上核の MT 受容体に結合し覚醒から睡眠へ脳と身体を切り替える。MT 受容体作動薬 RMT は MT に変わって受容体に結合して覚醒から睡眠に切り替えることで入眠作用をもたらす。RMT は長期間投与することで睡眠-覚醒リズムを正常に整える働きがある。

オレキシン受容体拮抗薬スボレキサント(SUV)

オレキシンは視床下部で産生される神経ペプチドであり覚醒の調節に重要な働きをしている。SUV の作用機序はオレキシン受容体拮抗薬であるため、覚醒の維持を妨げて睡眠状態に移行する。

2014 年 11 月 26 日～2016 年 12 月 5 日の期間、当院外来で SUV 投与症例 212 例について効果判定を行った。全症例で改善以上の改善率は 75.1%だった。継続例 40.6%，中止例 59.4%であり、中止例の 59.8%は改善による中止だった。SUV は精神疾患に併存する不眠症においても高い有効性を示し、不眠症の改善により中止することが可能であることが確認された。

認知症 15 例の改善率は 80.0%だった。併用薬を全体的に減量でき、特に BZ・非 BZ 系睡眠薬を 80%減量できた。SUV は認知症にともなう睡眠障害にも特に高い有効性を示し、BZ・非 BZ 系睡眠薬を減量できることが確認された。

これからの不眠症治療薬の使い分けと不眠症治療のあり方

睡眠薬はこれまで、作用時間によって使い分けられてきた。しかし、これからは作用機序(GABA 系に働く BZs・非 BZs、リズム改善薬の RMT、そして覚醒を抑えて眠りをもたらす SUV)で使い分けることが可能になった。診療報酬改定など薬の適正使用が問われている今、看護師や薬剤師とも緊密に連携し、『終わりのない治療』に陥りやすい不眠症治療から脱却することが重要な課題である。