

平成 30 年 10 月 25 日

症例報告

ナルコレプシー患者へ異なる 2 つの鍼灸刺激を行った症例

(公社) 神奈川県鍼灸師会 藤田 洋輔

本症例は、特徴的な 4 主徴を有しナルコレプシーが考えられた症例に対し、医療面接により症状の誘発・助長因子の改善を目指した鍼灸治療を試み、また、一事例検討を活かし検討した症例である。

症 例：35 歳 女性 訪問マッサージ

初 診：平成 28 年 12 月 5 日

主 訴：不定愁訴（足部冷感、のぼせ感、頭重、上腹部の不快感）

および日中の眠気

現病歴：高校 2 年生（17 歳）の時、進学コースの変更を行い慣れないクラスになり毎日が緊張や不安を感じる日々となった。そのせいかは分からないが、その頃初めて就寝中に睡眠麻痺（俗称：金縛り）が出現した。それ以後、昼寝をすると就寝中に睡眠麻痺が毎回出るようになった。その後、20 歳にて医療事務として病院に就職した頃、分からない事が多く緊張や不安が続き、また人間関係にも悩む事が多い状況が続き、その頃より昼寝の有無に関わらず睡眠麻痺が月に十数回出現し始めた。心配となり勤め先の脳神経外科医に相談するが特に問題は指摘されず、また、上眼瞼の痙攣が起きる事があり、併せて心配となり脳神経外科にて脳 MRI を撮影したが異常はないとの診断であった。25 歳には初めて日中に睡眠麻痺を経験し、同年、初めて大笑いをした際に一瞬膝の力が抜ける事も経験した。29 歳で専門学校に入学した頃、大笑いしはしゃいだ際に腰下肢の脱力で立ってられない事を経験した。そして、30 歳ではほぼ毎日 1 日に何度も笑ったりはしゃぐと数秒間全身の脱力が起こるようになった。同じくほぼ毎日、就寝中の睡眠麻痺が出現し、日中も仮眠をとると必ず睡眠麻痺となり、また、睡眠麻痺に悪夢（触感覚を伴う体の中を何か動く感じなど）を見るようになった。また、日中の睡眠麻痺後は倦怠感と共に強い眠気も修験するようになった。更に、このような症状が続くようになって以来、倦怠感だけではなく足部の強い冷感、頭なのぼせ感、頭重感、上腹部不快感、不安感も出現し始めた。

そのため心配となり、インターネットでナルコレプシーやてんかんを自身で疑い、30 歳の年の冬に近医神経内科クリニックを受診し脳波で異常は無く、次いで自身で病院での神経内科を受診し重症筋無力症の疑いにて血液検査で異常が無い事より、脳神経外科を紹介され、脳 CT 検

査を撮影するが異常は指摘されなかった。但し、その際の意志がナルコレプシーを疑い、睡眠専門外来を紹介され、終夜睡眠ポリグラフ、反復睡眠潜時検査を行い、ナルコレプシーの診断をされた。そこで日中の眠気軽減を目的にモディオダール 200mg の服用を開始し、日中の眠気は多少軽減したものの睡眠麻痺や情動脱力発作は変化がなかった。そのためトフラニール（抗うつ薬）20mg が追加され、その後より情動脱力発作の回数が少し減少した。

その後も専門学校在学中のため仕事を退職し、鍼灸院に受診するなどにて対処を試みたものの、症状は続いており、ナルコレプシーそのものではなく、症状の緩和の相談として当院を来院した。

なお、医療面接より、何かの不安や緊張が出現した際、また、年間を通してある強い足部冷感が強いと、夜間睡眠時の入眠までの時間が長くなり、そうすると日中の眠気が強くなり、その後に睡眠麻痺（日中の仮眠時含）や情動脱力発作が増加し、また、倦怠感、のぼせ感、頭重感、上腹部不快感が出現する事が確認された。

なお、それ以外に服用している薬はなく現在他の疾患は生じていない。

また、自身の様々な愁訴の緩和について、どのような対処が良いかを悩んでいる旨も聴取された。

既往歴：特記すべきものなし。

家族歴：特記すべきものなし。

診察所見：（平成 30 年 12 月 5 日時点）身長 160cm、体重 60kg、血圧 108/70mmHg、脈拍 70 回/分。体表観察にて足部に軽度冷感、後頭頂部にほてり感が触知された（自覚も同様）。

診断：本症例は、4 主徴である日中の過度の眠気、情動脱力発作（カタプレキシー）、入眠時幻覚、睡眠麻痺（俗称：金縛り）が聴取され、終夜睡眠ポリグラフや反復睡眠潜時検査での診断もされている事よりナルコレプシーと判断し、その対処を検討した。但し、本人は足部冷感、倦怠感、のぼせ感、頭重感、上腹部不快感などの不定愁訴の改善を求めている事より、総合的な検討をする事とした。

対応：お話を伺うと、足部の冷感が強い時に倦怠感、のぼせ感、頭重感、上腹部不快感などの症状が生じる事、また、同時にその際は眠りにつくまで時間が掛かると理解しました。更に、夜の睡眠の質が悪くなると日中の眠気が強くなり、幻覚や金縛り、力が抜ける症状が多くなるようですね。また、それらの症状全般に対してどのように対処していけば良いか悩まれている事も拝聴致しました。ご提案ですが、2つの方法をご相談させていただければと思います。1つは夜の睡眠が良く取れるように目指す方法、もう 1つは足の冷えを改善する方法です。お話を伺うと、

夜の眠りの改善、もしくは足の冷えの改善が複数の症状を起こりやすくする基にあるかと思えます。

また、これらの対処に悩まれてもいらっしゃいますので、宜しければ2つの方法をそれぞれ分け、検討させていただければ今後のより良い方法のご参考ともなると思うのですが、いかがでしょうか。

(症例としての研究に口頭及び書面にてご同意をいただき治療介入する事とした。)

治療・経過：基礎研究を基に脳の覚醒系の抑制¹⁾、また、神経支配領域の循環改善(足部)を目的とし、左右中髎穴及び次髎穴へ50mm-20号鍼にて30~40mmの幅で響き感まで出るまでの刺入深度とし、10分間の置鍼を行い、5分毎に軽い雀啄刺激を行う事とした(図1)。

また、他方の刺激として、足部局所の循環改善、足部の刺激による神経支配領域及び上脊髄性の反射を期待し、左右失眠穴へ半米粒大、透熱灸にて熱感を感じるまでの刺激とした。

治療方法は無作為の順にて設定し、最初の3回を中髎穴及び次髎穴への鍼刺激、次いで失眠穴への灸刺激とした(図2)。

なお、患者より一事例の症例研究として治療を行う事に同意をいただき、治療開始1ヶ月前より質問紙調査を行う事、2つの異なる刺激で治療介入する事、無作為の順で介入する事、治療は1ヶ月間の間に3回行う事、持ち越しの効果を無くす目的でそれぞれの治療の間に2週間の間を空ける事(ウォッシュアウト期間)にご理解をいただいた。

なお、評価項目としては主要評価として、ナルコレプシーで用いられる1週間の日中の眠気を主観的に評価するエプワース眠気尺度日本語版(以下:JESS)²⁾を週に1度、併せて睡眠障害に一般的に用いられる睡眠日誌²⁾を毎日記載していただく事とした。また、副次評価として、ナルコレプシーでは不向きと言われているが睡眠障害全般で用いられる1月の睡眠とその質を評価するピッツバーグ睡眠質問票日本語版(以下:PSQI-J)²⁾を月に1度評価する事とした。JESS及びPSQI-Jは、治療時における評価は治療の前に記載いただく事とした。

治療開始1ヶ月間(11月7日~)

JESSは、11月7日18点、11月14日17点、11月21日は15点、11月28日は12点、12月5日(治療開始前)は15点、介入前の平均±標準偏差は15.5±2.3点であった(図3)。

なお、JESSは点数が高い程、日中の眠気が強いとされており、通常11点以上を過度の眠気ありと評価し²⁻³⁾、ナルコレプシーで平均16.4点、健常者で4.1点との研究報告もある²⁾。

睡眠日誌では、情動脱力発作、睡眠麻痺、入眠時幻覚の発生頻度を週当たりの平均±標準偏差で確認した。治療介入前の情動脱力発作は週当

たり 0.7 ± 0.9 回、睡眠麻痺は 1.3 ± 0.5 回、入眠時幻覚は 2.3 ± 1.2 回であった（表 1）。

PSQI-J は、12 月 5 日（治療開始前）で 6 点であった（図 4）。

なお、PSQI-J は点数が高い程、就寝時の睡眠の質が不良であるとされており、病的基準は 6 点以上とされている²⁻³⁾。

第 4 回（1 月 16 日、43 日目）12 月 5 日、12 月 12 日、12 月 26 日に 3 回の中髎穴及び次髎穴への鍼刺激を行い、12 月 12 日～1 月 2 日までの週あたりの JESS は 15.8 ± 0.8 点であった（図 3）。

睡眠日誌では情動脱力発作は週あたり 0.8 ± 0.8 回、睡眠麻痺は 1.5 ± 1.1 回、入眠時幻覚は 1.5 ± 1.1 回であった（表 1）。

1 月 16 日治療前の PSQI-J は 7 点であった。

なお、睡眠日誌及び医療面接にて、この期間は疲労感が多少軽減している事が多かった事が確認された（図 4）。

第 7 回（2 月 6 日、64 日目）1 月 16 日、1 月 23 日、1 月 30 日に熱感を感じるまで失眠穴への灸刺激（7～25 壮）を行い、1 月 16 日～2 月 6 日までの週あたりの JESS は 13.7 ± 0.5 点であった（図 3）。

睡眠日誌では情動脱力発作は週あたり 0.7 ± 0.5 回、睡眠麻痺は 0.3 ± 0.5 回、入眠時幻覚は 1.0 ± 0 回であった（表 1）。

2 月 6 日治療前の PSQI-J は 5 点であった（図 4）。

なお、睡眠日誌及び医療面接にて、この期間は発症して以来、最も足の冷えが軽減されている期間であった事が確認された。

考 察：本症例はナルコレプシー、また、ナルコレプシーより生じ、ナルコレプシーに影響を与える複数の愁訴があるものと判断した。以下にその理由を述べる。

1. 日中の過度の眠気が認められる事
2. 情動脱力発作（カタプレキシー）が認められる事
3. 入眠時幻覚が認められる事
4. 睡眠麻痺が認められる事
5. 終夜睡眠ポリグラフや反復睡眠潜時検査での診断がある事

以上、ナルコレプシーと判断した根拠である。

なお本症例は、足部冷感が強い時に入眠困難が生じ、その後に日中の眠気、そしてその他ナルコレプシー症状の発生が増え、また、複数の愁訴も生じやすい事が聴取されそれらの愁訴も関連性があると判断した。

なお、除外した病態については、以下の通りである。

1. 夜間の睡眠障害が主ではなく、日中の過眠（及び 4 主徴）が主症状であるため、その他の睡眠障害は考えにくい⁴⁻⁵⁾
2. その他の過眠症との鑑別は難しく専門医による終夜睡眠ポリグラフや反復睡眠潜時検査などを用いた客観的評価が必要となるが、明

らかなナルコレプシー⁴ 主徴が認められ、助長する症状はあるもののそのために生じる症状ではないため、薬物による過眠や閉塞性睡眠時無呼吸などのその他の過眠症は考えにくい^{4・5)}

* また、その他の愁訴について、それぞれ考えられる病態はあるものの、随伴症状が無い事や症状の質より重篤性は考えにくいと考えた。

鍼灸臨床においてナルコレプシーの知見は少ないと言える。そのため、本症例は患者と相談しどのような点より貢献できるかを考えた症例である。また現在、医療領域において「臨床研究」が推奨されており、それには分析的に観察する事が求められている。但し、一症例においては難しい面もあり、今回は心理学分野などで活用される一事例検討(研究)デザインを応用し治療する事とした。更に、本症例の患者においては、ナルコレプシー及びその他の症状が関連し症状の助長や誘発に関わっている事が医療面接において確認された。

それらの事より、本症例においては夜間睡眠能の向上や足部冷感の改善を目的とした鍼灸治療を行い、2つの異なる治療を用いて分析的に比較し、日中の眠気の改善(JESS)及びナルコレプシー症状の発生頻度(睡眠日誌)の軽減に繋がった症例であった(図5)。

本症例を通じて、2つの知見を得たと考えている。1つは、一事例検討(研究)を用いる事により1つ1つの症例をより客観的に検討できる可能性である。また他方は、疾患そのものへの対処ではなくとも、医療面接による時系列での誘発因子や助長する事象を確認する事により鍼灸において貢献できる事も多々あるという事である。今回の知見は今後の臨床においても広く活かしていきたいと考える。

経穴の位置 失眠穴：足底部、踵の中央に取る⁶⁾

参考文献：

- 1) 小山純正.鍼刺激による覚醒状態調整と膀胱機能改善のメカニズムの解明. 科学研究費補助研究.文部科学省・日本学術振興会.2008.
- 2) 日本睡眠学会編.臨床睡眠検査マニュアル 改訂版.p75-82.ライフ・サイエンス社.2015.
- 3) 日本睡眠学会 認定委員会 睡眠障害診療ガイド・ワーキンググループ監修.睡眠障害診療ガイド.p95.文光堂.2011.
- 4) 日本睡眠学会 診断分類委員会訳. 睡眠障害国際分類(ICSD-3) 第3版.医学書院.2018.
- 5) 日本精神神経学会 日本語版用語監修.DSM-5 精神疾患の分類と診断の手引き.P173-190.医学書院. 2014.
- 6) 日本理療科教員連盟,東洋療法学校協会編.新版 経絡経穴概論.P228.医道の日本社.2009.

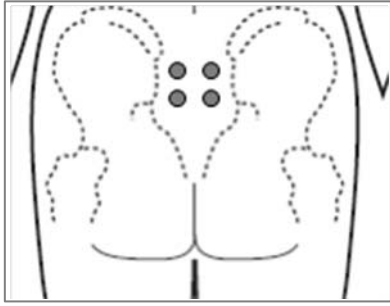


図1 刺鍼点（中髎穴・次髎穴）



図2 施灸点（失眠穴）

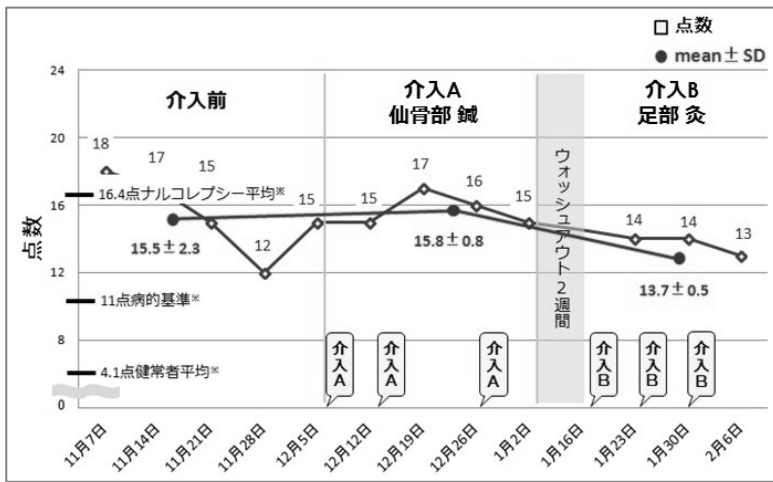


図3 経過（JESS の変化）

表1 経過（ナルコレプシー症状の発生頻度の変化）

週あたりの発生頻度 mean ± SD	介入前	介入A(鍼)	介入B(灸)
情動脱力発作	0.7 ± 0.9回	0.8 ± 0.8回	0.7 ± 0.5回
睡眠麻痺	1.3 ± 0.5回	1.5 ± 1.1回	0.3 ± 0.5回
幻覚	2.3 ± 1.2回	1.5 ± 1.1回	1.0 ± 0回

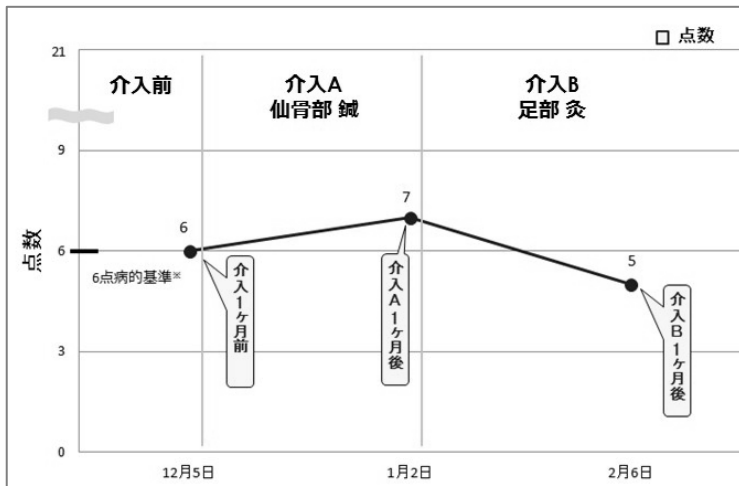


図4 経過（PSQI-J の変化）

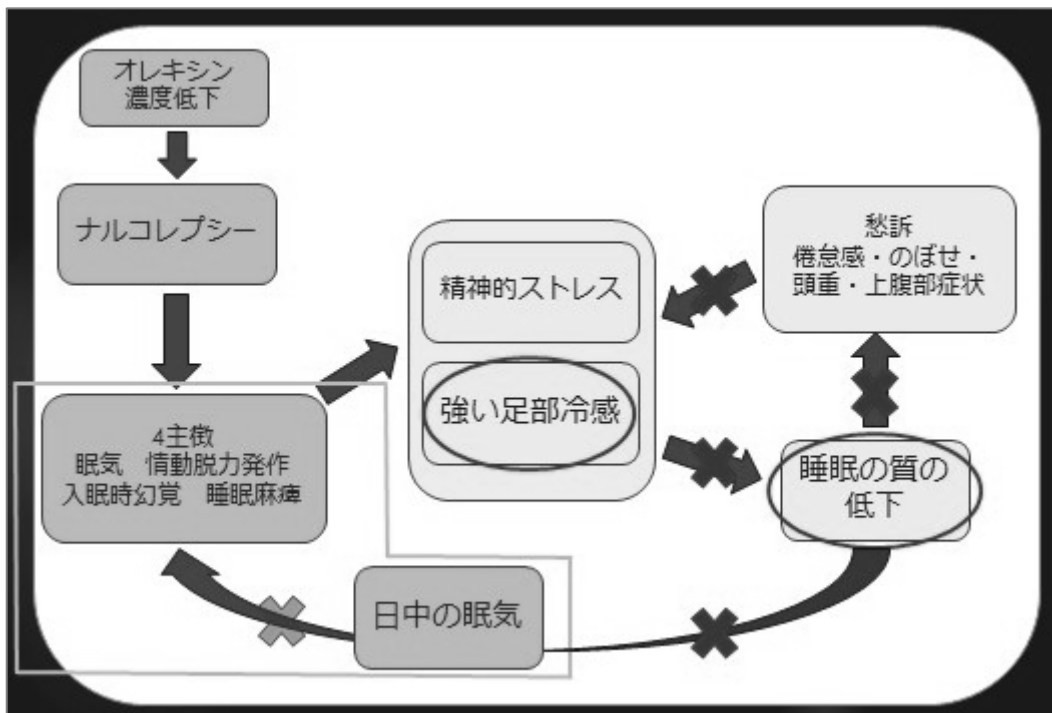


図5 本症例における貢献（灸治療）の概念図