

第2回 北九州パーキンソン病フォーラム

日時:平成 24 年 5 月 19 日(土)

13:00 ~ 15:00 (12:30 開場)

会場:ウェルとばた「中ホール」

北九州市戸畑区汐井町 1 番 6 号(JR 戸畑駅隣り)

TEL 093-871-~~7200~~
7200

参加無料

対象:パーキンソン病患者様とご家族の方

～ プ ロ グ ラ ム ～

13:00 ~ 13:40

【Ⅰ部：講演】薬の使い方と将来期待される治療

司会:小倉記念病院 神経内科 部長 椎 裕章 先生

1.「症状に合った薬の使い方」

相生リハビリテーションクリニック パーキンソン病療育センター長 井上 尚英 先生

2.「将来期待される治療」

産業医科大学若松病院 神経内科 診療教授 魚住 武則 先生

13:40 ~ 14:00

【Ⅱ部：講演】

「北九州市で利用できるサービス」

北九州市保健福祉局障害福祉部障害福祉課 在宅支援係長 渡辺 和彦 先生

14:00 ~ 15:00

【Ⅲ部：実技】楽しみながら治療をしましょう

1.「自宅で出来るリハビリテーション」

産業医科大学若松病院 リハビリテーション部 賀好 宏明 先生

2.「ヨーガ療法」

日本ヨーガ療法学会 北野 恵子 先生

3.「音楽療法」

九州労災病院 精神科 下村 泰斗 先生

15:00 ~ 16:00

【個別相談コーナー】 31 会議室 ※ご自由に参加ください。

1. 病気について

産業医科大学病院若松病院 神経内科 診療教授 魚住 武則 先生

2. 薬について

産業医科大学病院 薬剤部 北村 美奈子 先生

3. 療養について

福岡県重症神経難病ネットワーク 難病医療専門員 上三垣 かずえ 先生

共 催:北九州市

後 援:全国パーキンソン病友の会福岡県支部

第2回 北九州パーキンソン病フォーラム

パーキンソン病の薬物療法 ～症状に合った薬の使い方～

相生リハビリテーションクリニック
パーキンソン病療育センター長
井上 尚英

1

パーキンソン病療育センターの役割

- パーキンソン病の治療
- 患者、介護者、医療従事者の教育
- 治療研究

医療機関	患者数
1 相生リハビリテーションクリニック（北九州市）	約 250名
2 長尾病院（福岡市・城南区）	約 100名
3 共立病院（宮崎県・延岡市）	約 150名
合計	約 500名

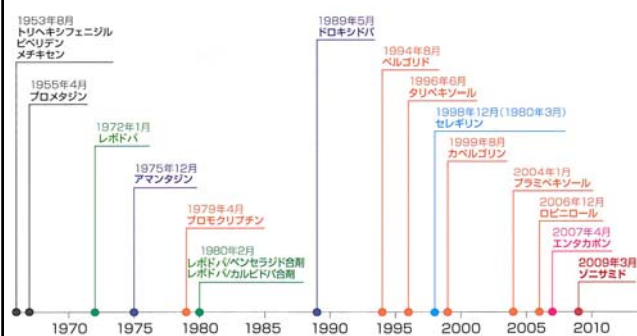
2

治療は薬物療法が中心



3

抗パーキンソン病薬開発供与経過 (2011年5月現在)



4

現在広く用いられている治療薬

- ・抗コリン剤 トリヘキシフェニジル : アーテン
 - ・レボドパ+DCI マドパー、メネシット、ネオドパストンなど
 - ・ドパミン放出剤 アマンタジン : シンメトレル
 - ・ドパミンアゴニスト プロモクリプチン : パーロデル
 - ベルゴリド : ペルマックス
 - カベルゴリン : カバサル
 - プラミベキソール : ビ・シフロール
 - ロビニロール : レキップ
 - セレギリン : エフピー
 - エンタカボン : コムタン
 - クロナゼパム : リボトリール
 - ゾニサミド : トレリーフ
 - ・MAO-B阻害剤
 - ・COMT阻害剤
 - ・抗けいれん剤
 - ・抗てんかん剤
- 新しく話題となっている治療薬

5

パーキンソン病 治療ガイドライン 2011

監修 日本神経学会
編集 「パーキンソン病治療ガイドライン」作成委員会

エビデンスに基づく治療を網羅した
パーキンソン病臨床における指針
「抗パーキンソン病薬と手術療法の有効性と安全性」と
「クリニカル・クエスション」の2編で構成

医学書院

6

薬物療法の実際

- 発病年齢
 - 罹病期間(経過年数)
 - 過去の治療歴
 - 症状
振戦、歩行障害、日内変動
 - 頭部MRI所見
 - パーキンソン病か否かを見極める
- ➡ 将棋の駒を出すように慎重に薬を選ぶ

7

未治療者は何から開始すべきか

- 非高齢者で、精神症状・認知機能障害を呈していない場合。
ドパミンアゴニストで開始し、効果が不十分な場合、レボドパを併用する。
- 高齢者、精神症状・認知機能障害のある場合。
レボドパで治療を開始する。

8

薬物療法の原則

- 治療薬は一生飲み続ける。
- 同じ症状でも、人によって処方が異なることがある。
- 処方症状に応じて調整を続けてゆく。
- 薬の種類が多くても、重症とはかぎらない。
- 薬は、はじめから大量に使わず、なるべく少量で長くもたせる。

9

薬物療法

- 脳内に不足しているドパミンを補給するため、ドパミンの前駆物質である **エルドパ(レボドパ)** を内服してもらう。
- レボドパは治療に不可欠の薬剤である。
- 治療初期にはレボドパはよく効く。
- レボドパを長期間服用してもらい、その効果を補うために様々な薬剤が開発されている。
- 通常いくつかの薬を内服してもらう。

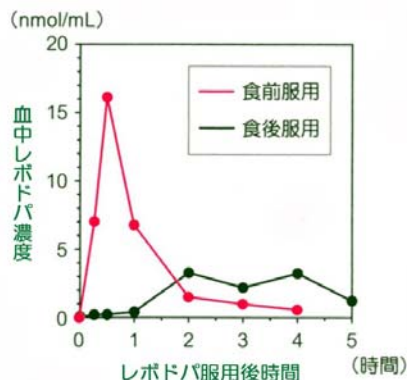
10

レボドパは食後に服用が原則である。



11

食前服用・食後服用によるレボドパ濃度の違い



12

薬の飲み方で必要な注意とは

- 突然中止すると、
重大な副作用がでることがある。
- 飲み忘れを防ぐための工夫も必要。
- 薬を増やしたいときは、
必ず主治医に相談をする。
- 気になる副作用は、医師に報告する。

13

振戦（安静時、歩行時に手がふるえる）



- クロナゼパム（リボトリール）の使用
- プラミペキソール（ビ・シフロール）の使用
- セレギリン（エフピー）の使用

14

便秘になりやすい



15

便秘治療薬

- 下剤
 - 緩下剤：酸化マグネシウム
 - 刺激性下剤：センノシド
（プルゼニド、ヨーデル、ラキソベロンなど）
- 浣腸剤：グリセリン
- 坐薬：レシカルボン
- 自律神経作用薬
 - 副交感神経作動薬：モサブリド（ガスモチン）
 - 抗ドパミン作動薬：ドンペリドン（ナウゼリン）
- 漢方薬
 - 大建中湯

16

夜眠れない

1. 睡眠障害に対する不安感の除去
2. 暗示療法
3. 催眠薬の投与
 - ①ベンゾジアゼピン誘導体：
フルニトラゼパム＞プロチゾラム＞トリアゾラム
 - ②非ベンゾジアゼピン誘導体：ゾルピデム（マイスリー）



17

幻覚・妄想



- クエチアピン（セロクエル）の使用
- リスペリドン（リスパダール）の使用
- 抑肝散の使用
- 薬剤の減量・中止

18

精神症状対策

1. セレギニン(エフピー)減量・中止
2. トリヘキシフェニジル(アーテン)の減量・中止
3. アマンタジン(シンメトレル)の減量・中止
4. レボドパの減量
5. オランザピン(ジプレキサ)、クエチアピン(セロクエル)治療

19

レボドパ長期治療の問題点

1. 症状の日内変動
ウェアリング・オフ現象(すり減り現象):
服薬に伴う症状の変動
オン・オフ現象:
服薬に無関係な症状の急激な変動
2. 効果減弱
3. すくみ足
4. 不随意運動(ジスキネジア)
5. 精神症状: 幻覚・妄想
6. 起立性低血圧症・食事性低血圧症

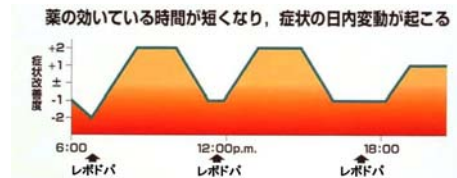
20

ウェアリング・オフ現象

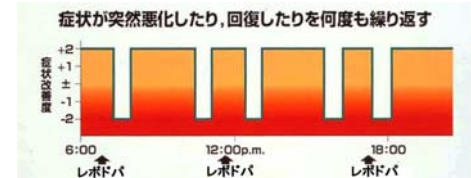
- レボドパは治療の開始初期には1回内服後、数時間以上効果は持続する。
- 治療開始数年以降になってくると1回服用の効果が3時間位に短縮するようになり徐々にレボドパの効果が落ちてくる。
- レボドパを服用することにより、また徐々に効果が出現するようになる。
- 日内変動が明らかとなる。

21

ウェアリング・オフ現象



オン・オフ現象



22

ウェアリング・オフやオン・オフ現象対策

- レボドパ服用方法・量の調整
- ドパミンアゴニストの追加
カベルゴリン(カパサル)
ペルゴリド(ペルマックス)
プラミペキソール(ビ・シフロール)
ロピニロール(レキップ)
- MAO-B阻害剤の追加
セレギリン(エフピー)
- COMT阻害剤
エンタカボン(コムタン)

23

治療薬の問題点

- 突発性睡眠・性欲亢進・病的賭博
プラミペキソール
- 心臓弁膜症・心不全・間質性肺炎
ペルゴリド>カベルゴリン
- 浮腫
カベルゴリン>ペルゴリド>アマンタジン
- 不随意運動(ジスキネジア)
プラミペキソール>セレギリン
- 幻覚・妄想
トリヘキシフェニジル>アマンタジン>
セレギリン>カベルゴリン>
プラミペキソール

24

治療効果の乏しい症状

- 転びやすい。
- すくみ足。
- 歩幅をひろげて、
よちよち歩く。
- 立ちくらみしやすい。



25



パーキンソン病の薬はオーダーメイド

26

ご清聴ありがとうございました。

27