

# コウノメソッドでみる 認知症の歩行障害・ パーキンソンニズム

名古屋フォレストクリニック院長  
河野 和彦 著

レビー小体型認知症，進行性核上性麻痺，  
大脳皮質基底核変性症，多系統萎縮症の歩行を改善！

実践を重視する

コウノメソッドならではの  
詳細な薬用量を開陳！

日本医事新報社

## VII

歩行障害系認知症  
の治療理論

第VI章で詳述した**進行性核上性麻痺(PSP)**は、本書の“**主役**”とも言える疾患です。患者数が多いこと、誤診されやすいこと、コウノメソッドで比較的改善が得られやすいことなどがその理由です。

ここまで読み進めて頂いた読者には、PSPはプライマリケア医がレビースコア、ピックスコアをきちんと調べているうちに気づかれる疾患であるということがご理解頂けたでしょう。両スコアともに得点の高い患者がいて、観察を続けるうちに、**どうもレビー小体型認知症とは違う**ということに気づき始め、あとに残るのはPSP、大脳皮質基底核変性症、多系統萎縮症がほとんどであるので、その後に見られる**後方転倒や頸部ジストニアの出現によって、PSPと自信をもって診断できるようになります。**

この“主役”について詳述したところで、一度、歩行障害系認知症の全体像をまとめ直しておきたいと思います。

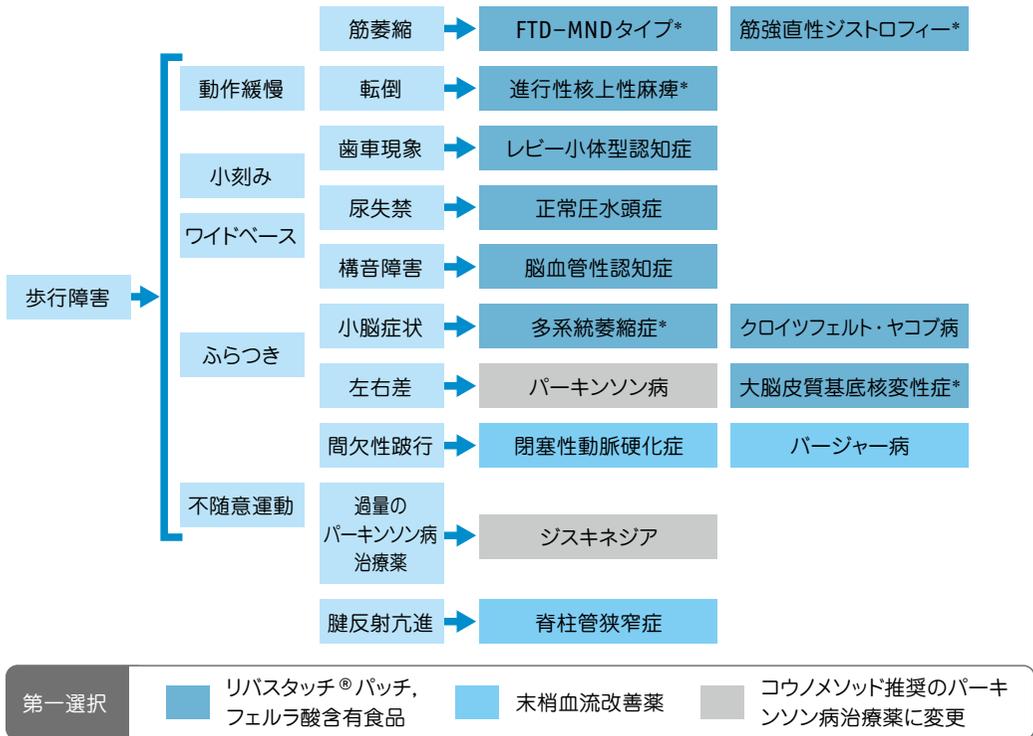
## 1

## 歩行障害系認知症の鑑別診断

## 1) 歩行障害から始まる疾患の鑑別

**図Ⅶ-1-1**は、**歩行障害**から始まる疾患鑑別のためのフローチャートです[大脳皮質基底核変性症(CBD)は上半身から症状が始まるので、ややそぐわないかもしれません]。

「動作緩慢」という状態は、超高齢者は別として、変性疾患を疑わせるものです。歩き方も話し方もまるでスローモーションを見ているかのようです。動物にたとえるならナマケモノの動きを彷彿させます。これが進行性核上性麻痺(PSP)です。



図VII-1-1 歩行障害の鑑別と対策

歩行障害のある患者にはドネペジルは使用しない(ドパミン阻害薬だから)。

\* LPC症候群

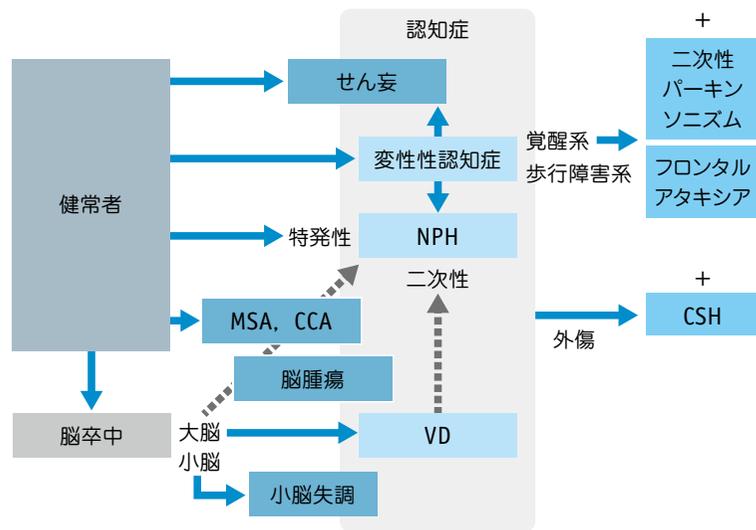
歯車現象は通常強くはないので、「**転倒するのになぜ歯車現象がないのだろう**」と不思議に感じたら、家族に「**どちらの方向に倒れますか?**」と尋ねましょう。**後方ならPSP**、**側方なら脊髄小脳変性症**です。

**ワイドベース**なら**正常圧水頭症(NPH)**や**脳血管性認知症**、**小脳症状**は**皮質性小脳萎縮症**、**多系統萎縮症**、**クロイツフェルト・ヤコブ病**を考えます。**振戦の左右差**は**パーキンソン病**、**手の器用さや頭頂部萎縮の左右差**は**CBD**です。

**脊柱管狭窄症**は、鑑別対象というよりも変性疾患に合併することが多いです。たとえば、「PSPだが過去に脊柱管狭窄症の手術をした」といった患者が少なからずいます。また、グルタチオン点滴で姿勢がまっすぐに伸びると脊柱管狭窄の症状が消えることがあります。

## 2) 認知症を経て歩行障害に至った場合

健常者が認知症を経て歩行障害に至った場合に考えるのは、アルツハイマー型認知症、前頭側頭葉変性症(FTLD)における**二次性パーキンソニズム**や**フロンタルアタキシア**です(図VII-1-2)。またNPHが合併してく



図VII-1-2 認知症周辺での歩行障害の起こり方

変性性認知症（覚醒系）：アルツハイマー型認知症，前頭側頭葉変性症，神経原線維変化型老年期認知症，嗜銀顆粒性認知症，石灰化を伴うびまん性神経原線維変化病

変性性認知症（歩行障害系）：レビー小体型認知症，進行性核上性麻痺，大脳皮質基底核変性症

NPH：正常圧水頭症，MSA：多系統萎縮症，CCA：皮質性小脳萎縮症，VD：脳血管性認知症，CSH：慢性硬膜下血腫

る高齢認知症も少なくありません。ピック病やアルコール関連認知症の患者では，前頭葉に硬膜下血腫をつくることが多いです。

健常者が脳卒中を発症して歩けなくなるのは当然ですが，くも膜下出血では，発症から約1週間後に起こる血管攣縮による前頭葉の脳梗塞や続発性NPHといった問題が連続して起こってきます。

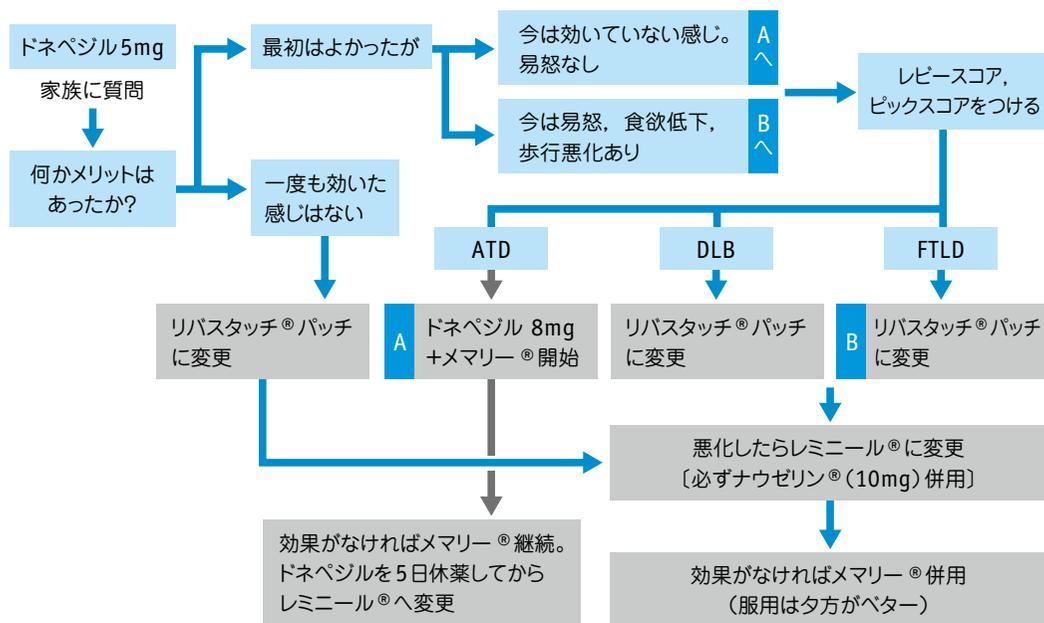
## 2

## 歩行障害系認知症の治療

## 1) ドネペジルによる歩行の悪化への対応

歩行障害のある患者がドネペジルを服用していたときにどのように対応すればよいかをまとめたのが図VII-2-1です。

認知症の治療薬（中核薬）がドネペジルしかなかった頃には，ドネペジルがレビー小体型認知症（DLB）の症状を悪化させ，悪循環をまねく要因になっていました。すなわち，ドネペジルによって歩行できなくなった患者にはパーキンソン病（PD）治療薬が次々と投与され，その結果幻視が悪



図Ⅶ-2-1 既に処方されているドネペジルへの対応

ATD:アルツハイマー型認知症, DLB:レビー小体型認知症, FTLD:前頭側頭葉変性症

化するという悪循環を繰り返す患者が多くいたのです。

今でもドネペジル+リスベリドンの組み合わせで処方する医師はいます。認知機能をドネペジルに任せ、幻視をリスベリドンで消失させようとするのですが、両者とも**ドパミン阻害薬**なので、患者はますます歩けなくなります。もしこの薬剤の組み合わせが正解となる場合があるならば(症状が悪化しないとすれば), それはドネペジル1.67mg以下, リスベリドンの1回投与量0.5mgの場合に限るでしょう。

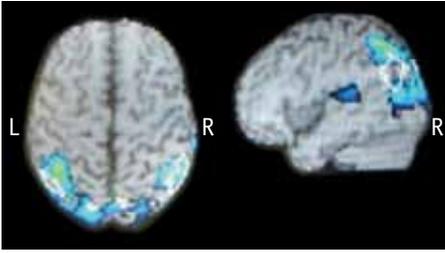
## 2) 中核薬の選択

**リバスチグミン**は歩行を改善させる可能性のある唯一の中核薬です。ドネペジルの代わりにリバスチグミンを貼付しておけば, レボドパ・カルビドパ(メネシット<sup>®</sup>)の必要量は減り, 幻視を消失させるためにハロペリドール(セレネース<sup>®</sup>)を処方してもパーキンソニズムは悪化しないのです。

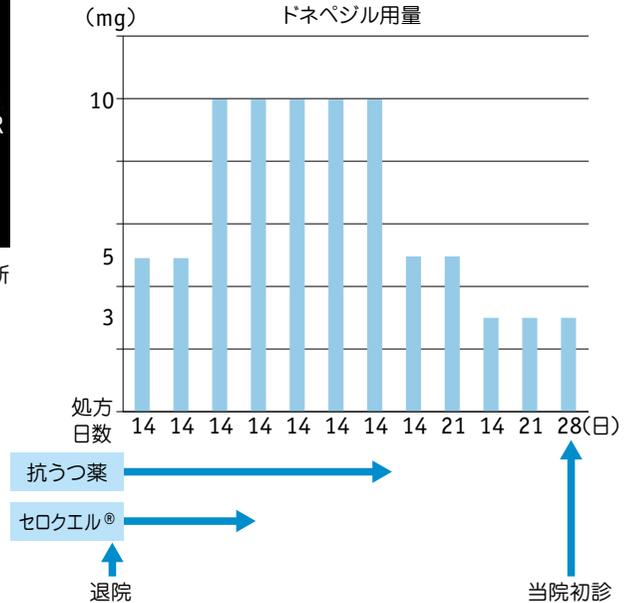
ただし, ドネペジルをリバスチグミンに切り替えたら記憶が低下したと訴える患者は, 少数ではありますが確かに存在します。また, パッチにひどくかぶれる患者は, リバスチグミンの継続は難しいですから, **ドネペジル1~2mgに戻すという選択肢はあってよい**と思います。

図Ⅶ-2-2は, 当院を訪れたDLBの患者に前医(国立病院神経内科)が処方していたドネペジルの用量の推移です。退院後, ドネペジルの処方量

68歳女性, レビー小体型認知症



幻視, 妄想あり。SPECTでは典型的な後頭葉局所脳血流低下所見となっている。



図Ⅶ-2-2 68歳女性のレビー小体型認知症患者に対して前医が処方したドネペジル用量の推移

は一時期10mgまで増量されたのですが、その後、5mg、3mgと減量され、併用していた抗うつ薬もクエチアピンも不要になっています。

家族に確認すると、ドネペジルの過量で妄想を起こしていたのを、クエチアピンで抑えていたのだと思うとの答えでした。薬の副作用をほかの薬で抑えることは医療費の観点からも望ましいとは言えず、コウノメソッドでは決して推奨しません。

しかしながら、こうした処方によく見受けられ、それほど認知症医療の現場では医師が迷い、患者を苦しめる誤った処方がされがちなのです\*。

では、コウノメソッドでは認知機能の低下にどう対応するのか、という問いに対しては、フェルラ酸含有食品の利用を提案しています。

\*筆者は、患者家族に「私の処方も含め、医師や薬を信じすぎないで下さい」と言い続けている。

## 3

## 歩行障害系認知症の妄想・幻視の治療

神経内科医や精神科医をはじめ、多くの医師にぜひ覚えて頂きたいのが**妄想・幻視の消し方**です。高齢化が進んだ社会においては**“歩かせながら妄想を消す”**という技術が必須です。コウノメソッドにおいては、その技術は**図Ⅶ-3-1**のように確立しています。

繰り返して述べている通り、その第一歩は何よりも**ドネペジルを中止すること**です。これは重要な点です。もしドネペジルを継続しながらほかの薬剤で妄想・幻視を消せと言われたら、「それは無理です」と答えざるをえません。

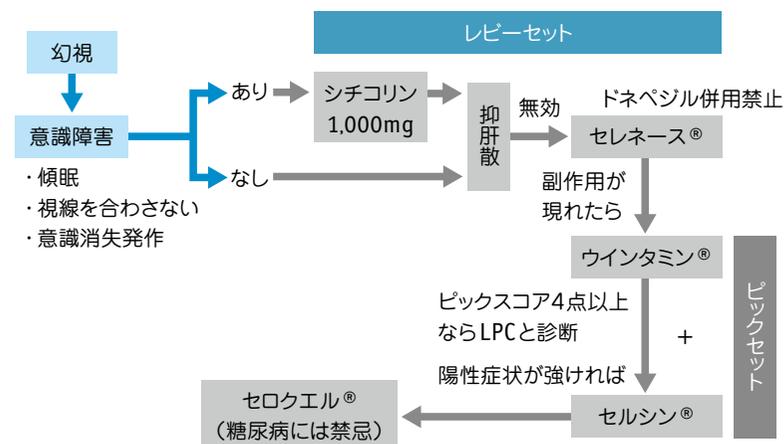
もし現在、妄想・幻視を改善できている確率が4割以下なら、それはドネペジルを中止していないからであろうと推測します。なお、筆者はドネペジル自体を否定するつもりはなく、患者の特性や個人差に対してきめ細やかな処方調整がなされないことが多い現状を考慮したとき、ベネフィットよりもリスクが上回ると判断してやむなく使用を禁止していることは、ぜひ理解して頂きたい点です。

さて、**妄想・幻視を消失させる最も生理的な方法はシチコリン1,000mg単独の静注**です。ただし、大せん妄なら500mgにして下さい。

内服薬なら**抑肝散**で消失させたいところですが、改善率は3割以下であるため、**ハロペリドール(セレネース®) 細粒1回0.3~0.5mgを1日1~3回**として消失を試みます。セレネース®は古くから妄想の治療に用いられてきた薬剤です。なお、高齢者にとってリスペリドンは副作用のリスクが高いため使用しません。

このとき、もしパーキンソン病治療薬を服用しているなら、1日3回投与だったところを5回にするなどして1回投与量を減らしましょう。

セレネース®でパーキンソニズムが著明に悪化してしまうようなら、セレネース®の代わりに一度**クロルプロマジン(ウインタミン®)**に切り替えて危険分散します。1回量は4~6mgです。患者に凶暴性がみられる場合は、**ジアゼパム(セルシン®)**、**クエチアピン(セロクエル®)**もありえます。



図VII-3-1 幻視に対する治療方針

レビスコアが3点以下ならレビー小体型認知症ではないかもしれないので、画像検査で前頭葉に梗塞、出血、腫瘍がないかを確認する。

レビー小体型認知症 (DLB) とと思われる患者の妄想・幻視の治療をもう少し突きつめて説明しましょう [図Ⅲ-7-2参照 (p.122)]。DLBの場合は**パーキンソン病(PD)治療薬**に関連した薬剤の整理法になります。

PD治療薬を服用している患者に現れている妄想・幻視はPD治療薬によって助長されている可能性が高いです(筆者の感覚だと7割程度はそうです)。

PD治療薬の減薬・中止が可能か否かは、家族への問診でわかることもあり、ここから減薬を開始してみる場合もあります。家族が治療に熱心で観察力のある場合には、「PD治療薬Aは必要で、Bは不要かもしれない・合っていないような気がする」といった情報を家族から得ることができまですので、それを参考に減量を試みますが、「**減らしたことで歩けなくなったら、もとの量に戻して下さい**」と必ず指示しておきます。もちろん急に全廃することは禁止です。

こういった形でPD治療薬を減量していきますが、フェルラ酸含有食品の利用やグルタチオン点滴を希望する家族であれば、すぐにそれらを開始したほうがよいでしょう。

言うまでもなく、**ドネペジル(アリセプト®)**はいったん中止します。リバスチグミンも、過量なら妄想・幻視に関与しうるので、最大でも9mgまでにしておきましょう。

PD治療薬が減薬できないようなら、**シチコリン1,000mg以上の静注**を試みます。PD治療薬を減量できれば、妄想は**抑肝散**のみで消失させられるかもしれません。

抑肝散が効果を示さなければ中止し(低カリウム血症をまねく恐れがあるため)、**ハロペリドール(セレネース®)**を処方して、効果がなければやはりシチコリンを一度投与してみましょう。それでも改善が得られなければ、いよいよピック系を想定して**クロルプロマジン(ウインタミン®)**でコントロールします。こうした患者(LPC症候群)の中から進行性核上性麻痺や大脳皮質基底核変性症が見出されていきます。

なお、これらの作業を行っている期間は、必ず毎回患者の歯車現象を調べて下さい。