DLB治療　応用編1

はじめはDLBでなくても病態が変わってDLBになったり、
DLBであったものにピック病やNPHが加わったりする変化が
あっても、DLBに対する治療は基礎編と同じで要するに
イクセロンパッチ、ドパコール+ペルマックス、抑肝散もしくは
セレネース少量、シチコリン+グルタチオン注射をその症例に
適うようにアレンジすることである。

① ATD　→（レビー化）　DLB

初診時にはATDとしか思えない患者も、１～３～５年が立つと
歩行障害、幻視が出てくることが多い。

１．アリセプトを中止し、イクセロンパッチ4.5mgに切り替える。

① アリセプトはドーパミンの相対的不足をきたして、
レビーをさらに、歩けなくさせ、幻視を来たす。

② アリセプト5mg処方は、レビーの悪性サイクルへの第一歩。
アリセプトが入っていると、他の薬をいくら工夫しても患者は改善しない。

③ 病型に関係なく、まずはイクセロンパッチ4.5mgを処方しておけば
間違いはない。

イクセロンパッチは、パーキンソニズムを悪化させない。

２．　認知症患者に抗うつ剤や抗精神薬を投与してはならない。
特にレビーに抗うつ剤を投与してはいけない。
抗うつ剤は歩行障害を来たし、認知機能を下げ、無為、
飲食低下を来たす為。

① 使用するならジェイゾロフト（SSRI）のみとしておく。

② リスパタールは使ってはいけない。

③ ドグマチール、グラマリール、デパスを減量できれば中止する。

④ セロクエルを減量する。セロクエルは1回12.5mg
（「クエチアピン12.5mg」）にしておく。
セロクエルは抑制系薬剤の中で姿勢を傾斜させやすい。
できればジェイドロフトに切り替える。

⇩

抗うつ剤を止め、イクセロンパッチを貼布するだけで経過をみる。
イクセロンパッチは抑制系薬剤の併用を抑えられる。

3. 食欲が無かったり、医師の目を見ない、小声であるなら
シチコリン1000mg注射を行う。

4. 歩行障害があればグルタチオン注射を行う。

5. イクセロンパッチは歩行障害も改善させるが、1週間後に
体幹傾斜が治っていなかったらドパコール50mgを投与する。

6. 幻視、妄想が強ければ、抑肝散2包を処方する。

② PD → DLB

パーキンソン病の治療をしていたら幻覚あるいは、せん妄が出現してきた。

1. 抗パ剤を減らし、変更せよ。

① 抗パ剤は、ドパコールか、ペルマックス以外は使わないようにする。

② メネジット600mg → 減量 300mg
ビ・シフロール → 止める
マドパー → 止める
これで不足なら、ペルマックスを加える（150μgとか）。

2. アリセプト処方していたら、イクセロンパッチに変更する。

3. 幻視対策でリスパダールが出ていたら、強すぎるので
セレネースに変更せよ。
たとえばリスパダール1mg → セレネース0.75mg

4. あとはレビーセットを出す。

③ DLB → LPC

レビー　　レビーピック複合

レビーで易怒が見られ、よく転倒するようになったら
レビーからレビーピック複合をきたしたと考える。

1. レミニールを中止し、イクセロンパッチにかえる。（4.5→9）
イクセロンパッチは歩行能力改善作用もある。
ただしイクセロンパッチを4.5mgから9mgにしたとき、易怒が
出てくることがあるので、その時はハサミでパッチを20%程度
カットすることを指導すること。
この場合は13.5mgへの引き上げは決して、してはならない。
（イクセロンパッチの9mgピーク）

２．　ドパコール50mgから開始（→100mg）

３．　妄想に対しては<u>セレネース</u>（リントン）細粒0.5mg（＝細粒として50mg）
リントン散粒１％
抑肝散だけでは制御不能と判断したら、セレネースを微量使え。
ただし、セレネースはドーパミン神経の過剰な活動をおさえるので、ドーパミン阻害薬であるアリセプトは止めておくこと。
0.2mgX2分でも良い。

抑肝散・・・・２包　夕食前