

た。意識レベルは生年月日が言えず、Japan Coma Scale (JCS) で I-3 であった。

【その後の経過】JCS で I-3 と意識障害を呈しているが、これまでの検査ではせん妄の準備因子は見つからず脳波検査を行った。その結果、広汎に 3Hz 前後の連続した棘徐波複合が出現していた。非けいれん性てんかん重積状態と判断し、diazepam (セルシン) 5mg を静脈注射したところ脳波が正常化し、声かけに反応するようになり次第に正確に回答できるようになった。その後、sodium valproate (デパケン) の内服を開始した。以後、薬物療法を続け、同様の発作はみられなくなった。

【考察】臨床症状のみではせん妄との鑑別が困難であった非けいれん性てんかん重積を提示した。本症例は既往歴がないことから鑑別が困難であったが、通常はてんかんや脳炎、頭部外傷、脳血管障害の既往など頭部になんらかの脆弱性を有していることが多いため、既往歴・合併症を確認しておく必要がある。一般的に非けいれん性てんかん重積は通常のけいれん重積と比べると予後は良好であるとされているが、吉村らは重積の結果全身状態が悪化する、もしくは全身状態が悪い患者に重積が起りやすいため、非けいれん性てんかん重積は予後不良の因子となる<sup>3)</sup>ことを報告している。重積状態が長引くことで中枢神経系の後遺症が出現する可能性があり、早期に発見し適切な治療を行うことが求められる。非けいれん性てんかん重積の診断に重要な所見は脳波検査によるてんかん性発作波および、diazepam による脳波所見、臨床症状の改善の 2 点である<sup>4)</sup>。原因不明の意識障害を呈し、せん妄との鑑別を要する場合は、脳波検査が鑑別診断に大変重要な役割を果たすものと考えられる。

## Q&amp;A

## Q1 せん妄の患者には身体拘束が必要なのでしょうか

A 患者本人の安全性を確保する観点から判断することになります。興奮状態となることで点滴を引き抜いたり、徘徊による転倒や暴力のリスクが高まります。たとえば徘徊のある患者には離床センサーを設置するなど、リスクを減らすような工夫が求められます。また、薬物療法によって夜間の睡眠を確保することも必要です。このような対策を講じても行動化を防げない場合にはやむを得ず身体拘束を行うことがあります。しかし、身体拘束自体がせん妄を促進しますし、褥瘡や深部静脈血栓症のリスクが増えるため、身体拘束は最小限にとどめることが推奨されます。

## Q2 準備因子として頭蓋内疾患があるとせん妄を疑ってしまいます

A せん妄は状態像であるため、せん妄を診断するだけでなくその背景を検索し治療に結びつけることが重要です。Lipowski ら<sup>1)</sup>のせん妄発症の要因別に準備因子、直接因子、誘発因子を同定するために家族からの問診や検査などを行います。すなわち、せん妄の病像のみに注目するのではなく、背景から現症までの全体像を把握することが必要になります。

## Q3 パーキンソン病や認知症などは、せん妄のリスクファクターになるのでしょうか

A Boorsma らはナースিংホームや生活型ケアホームへの入居者を対象にせん妄のリスクを調査しました。その結果、ナースিংホームでは椅子への拘束は 2.3 倍、認知症は 3.3 倍、パーキンソン病は 2.3 倍のリスクがありました。また、生活型ケアホームでは転倒・転落が 1.7 倍、認知症が 1.8 倍のリスクがあるという結果でした。Boorsma らは転倒・転落や拘束といった介入可能な要素を減らすことがせん妄の予防につながると考察しています<sup>5)</sup>。

## 文 献

- 1) Lipowski ZJ. Delirium: Acute Confusional States. New York: Oxford University Press; 1990.
- 2) Cummings JL. Neuropsychiatric complications of drug treatment of Parkinson's disease. In: Parkinson's disease: neurobehavioral aspects. New York: Oxford University Press; 1992. p.313-27.
- 3) 吉村 元, 高野 真, 川本未知, 他. 救急現場におけるてんかん重積状態の臨床的特徴 非痙攣性てんかん重積状態 nonconvulsive status epilepticus の重要性について. 臨床神経学. 2008; 48: 242-8.
- 4) Bearden S, Eisenschenk S, Uthman B. Diagnosis of nonconvulsive status epilepticus (NCSE) in adults with altered mental status: clinic-electroencephalographic considerations. Am J Electroneurodiagnostic Technol. 2008; 48: 11-37.
- 5) Boorsma M, Joling KJ, Frijters DH. The prevalence, incidence and risk factors for delirium in Dutch nursing homes and residential care homes. Int J Geriatr Psychiatry. 2012; 27: 709-15.

〈野田隆政 松田太郎 蟹江詢子 安藤久美子〉

## ① 頭蓋内疾患によるせん妄 症例 B

### 症例①

50 歳 女性

診断: 脳出血によるせん妄 (活動低下型)

#### 【診 断】

I 軸: 臨床疾患:

脳出血によるせん妄 (低活動型) 293.0

II 軸: パーソナリティ障害, 精神遅滞:

なし

III 軸: 一般身体疾患:

拡張型心筋症

重症慢性心不全

多臓器不全

ワーファリン, カテコラミン投与中

LVAD 装着中

IV 軸: 心理社会的および環境的問題:

重症慢性心不全であり, LVAD 装着のため冠動脈疾患治療部 (CCU:

Coronary Care Unit) に長期入院中

対人的コミュニケーションの不足

長期入院のため, 社会的接触の少なさ

## 4 合併する精神病様症状（幻覚など）

パーキンソン病の認知症には、幻視（実際には存在しない虫や人物が見える）がしばしば出現し、頻度は低いですが幻聴（実際には存在しない音や声が聴こえる）も出てきます。幻覚に伴って、事実ではないことを確信する妄想（被害的妄想や嫉妬妄想が多い）が出てくることもあります。多くの場合には、抗パーキンソン病薬が誘因になっています。

患者さん自身が幻覚であることを自覚でき、思考や生活が乱されない程度の軽症であれば、特別な対応は必要ありません。しかし、重度になると幻覚と現実の区別がつかなくなったり、患者さんに恐怖や被害意識を与える内容の幻覚が出現することがあります。このような幻覚は、不穏や異常行動を引き起こし、介護困難が増すだけでなく、転倒の原因にもなるので、早急に対応する必要があります（表3）。

表3 精神病様症状の原因と対応、注意

原因と対応	注意など
精神病様症状を悪化させる全身疾患（感染症、脱水、疼痛など）、環境変化、薬などはないか？ → あれば治療して取り除く	
特別の原因・誘因がなければ、抗パーキンソン病薬の減量・中止する（トリヘキシフェニジル、アママンタジン、セレギリン→ドパミン受容体作動薬→レドパ製剤の順）	薬を減らせば運動障害は悪化するので、十分に注意を払う必要がある
抗パーキンソン病薬の減量や中止を行っても強い精神病様症状が続く場合には、非定型抗精神病薬*を少量併用（保険適用外使用）する	抗精神病薬は非定型であってもパーキンソン病の運動障害を悪化させたり、過鎮静や高血糖を誘発するので、できるだけ少量を短期間のみ使用する

\*非定型抗精神病薬：従来の定型的抗精神病薬であるフェノチアジン誘導体やブチロフェノン誘導体は、強いドパミンD2受容体遮断作用を有し、錐体外路症状（パーキンソン症候群やジスキネジア）が出現しやすくなっています。これに対して、同じ抗精神病薬であってもドパミンD2受容体よりもセロトニン2A受容体のほうに親和性を有し、錐体外路症状が出現しない用量において十分な抗精神病作用を発揮するものもあります。このような抗精神病薬を「非定型」といいます。

（葛原茂樹）

Check it!

- パーキンソン病で出現しやすいうつ症状や不安症状、幻覚症状は、患者さんの生活の質（quality of life : QOL）に影響するため、早めに医師に相談するとよいでしょう。
- 最も大切なことは、患者さん自らがつつ症状に気づくことです。うつ症状に気づいた場合は一人で何とかしようと頑張らず、すぐに医師に相談しましょう。
- まずは、支援者と「幻覚」の確認をしましょう。幻覚はなるべく気にかけないことがよいと思われませんが、気になるときは一人で解決せずに相談しましょう。

## 1 パーキンソン病で出現する精神症状

パーキンソン病の経過中にみられる代表的な精神症状には、うつ症状や不安症状、幻覚症状があります。パーキンソン病患者さんの約30%は、うつ症状や不安症状が運動症状よりも早く出現するといわれています。これらの精神症状は軽快する可能性があり、その結果QOLの改善も期待できます。そのため、ご家族も精神症状の出現に注意し、気づいたときは早めに医師に相談することをお勧めします。

### 1. うつ症状

精神科でいう、いわゆる「うつ病」がパーキンソン病に合併することもあります。その頻度について一定した見解はありません。なぜなら、パーキンソン病に特徴的なうつ症状（以下、「うつ症状」とうつ病の境界線は明瞭ではなく、専門家も判断に悩むことが多いからです。本項でうつ症状を説明するためにはうつ病が参考になりますので、うつ病と比較して論じます。

パーキンソン病の患者さんに出現する代表的なうつ症状は、自発性や意欲の低下、集中力の低下、不安感、疲労感、倦怠感などといわれています（図1）。運動症状に「オン」と「オフ」がある場合は、これらの症状の有無はいつそうわかりやすくなります。また、うつ病と比べると、興味・関心の喪失や集中力の低下が出現しやすく、一方で、憂うつな気分や喜びの喪失は比較的軽く、自責感、挫折感、罪業感も少ないといわれています。このような症状の違いは、ドパミン機能の障害に関係していると考えられ、うつ病とうつ症状の鑑別にも有用であり、治療にも影響しますので、医師に

641

細かな症状を伝えることが大切です。なお、パーキンソン病自体の症状として、表情や動作が乏しくなったり、構音が不自由なため会話が少なくなったりすることもあるため、鑑別には注意が必要です。



図1 パーキンソン病患者に出現する代表的なうつ症状

自発性や意欲の低下、集中力の低下は活力に関係します。また、「今後どうになってしまうのか」という将来への不安が募り、疲労感や倦怠感といった身体に関する不調が特徴的です。一方で、うつ病でみられる憂うつな気分は目立たないことが多いようです。

## 2. 不安症状

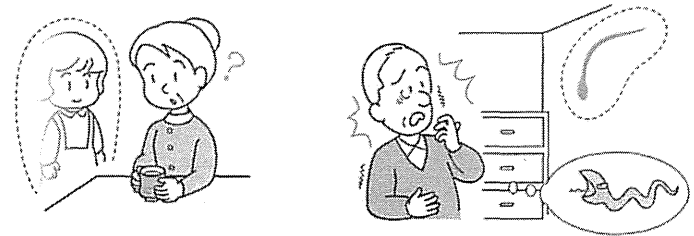
不安は誰もが感じるものですが、病的な不安とは区別されます。ここでは病的な不安について説明します。

パーキンソン病患者さんに不安症状が出現する頻度は約40%であり、うつ症状との合併も多くみられます。転倒に対する不安が多いため、転倒の危険性が高まる運動症状が「オフ」のときには、特に不安が高まります。このような不安症状の原因は一つではありません。パーキンソン病そのものによって出現することもありますし、心理的ストレスや抗パーキンソン病薬によっても出現することがあります。また、不安症状はパーキンソン病を発症する前に出現する前駆症状である可能性が指摘されています。

## 3. 幻覚・妄想症状

幻覚はパーキンソン病患者さんの約20%に出現し、そのなかでは、幻聴や幻臭など比べて幻視が多いと言われています。パーキンソン病そのものの自然経過で幻覚や妄想が出現することあれば、抗パーキンソン病薬の影響や、体の状態が悪いとき・心理的ストレスがかかったときなどに幻覚・妄想が出ることもあると考えられています。幻視は、知っている人物や動物であることが多いのですが、時にへビや虫など悪性の幻視へ変化し、患者さんの不安を高めることとなります。

このように幻覚は、怒りや不安などの情動変化が起こる悪性のものと、情動変化のない良性のものに分けられます。特に悪性の幻覚を治療することで、患者さんのQOLは改善します。



## 2 うつ症状の対処

### 1. 薬物療法による対処

抗パーキンソン病薬や抗うつ薬による薬物療法があります。最近では、選択的セロトニン再取り込み阻害薬(selective serotonin reuptake inhibitors:SSRI)やセロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬(selective serotonin & norepinephrine reuptake inhibitors:SNRI)という抗うつ薬が使用可能となり、以前の治療薬と比べて少ない副作用で治療できるようになりました。なお、治療を続けてもなかなか治らない場合は他の治療方法もありますので、あきらめずに治療を続けることがとても大切です。

2. 患者さんの対処

最も大切なことは、うつ症状に気づくことです。自らの病気やその症状を知ることが「病識」といいます。病識を得るためにも、パーキンソン病に出現するうつ症状の知識を習得しましょう。また、うつ症状に気づいた場合はできるだけ休養を取りましょう。無理をしないでゆったりと生活することです。そして、一人でうつ症状を何とかしようと頑張らず、できるだけ早く担当医師に相談しましょう。



3. ご家族の対処

患者さんにうつ症状が現れているときは、精神的なサポートが必要なときだと理解しましょう。励ますだけでは患者さん本人の気持ちは安らぎませんし、適切な休養を取ることもできません。そのためご家族には、患者さんが安心して休養を取れる環境を整えてあげることが求められます。

日常生活でのうつ症状を客観的にみることができるのはご家族です。診察のみではすべてを把握することは不可能ですので、ご家族からの情報がとても重要です。小さな変化でも、普段とは違う感じがしたり、どうも気になる言動などがあるときは医師に相談することをお勧めします。特に、自殺に関しては緊急の医療的介入が必要となることがありますので、うつ症状がみられたときには注意してください。

4. ご家族ができるうつ症状の予防

症状が出現してから対策を練るよりも、予防することのほうが重要です。患者さんはパーキンソン病になったことで、病気を否定したり病気に対する不安が募ってくるものです。そのようなときに心理面で一番の支えになるのはご家族ですので、まずは話を聞いてあげてください。また、「できない」ことは患者さん本人が最も分かっています。「できない」ことを指摘するよりも「できた」ことを一緒に喜ぶほうがよいでしょう。つらさは共有した分だけ軽減され、喜びは数倍に広がります。家族の絆を大切にしましょう。

3 幻覚症状の対処

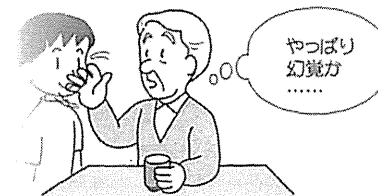
1. 薬物療法による対処

まずは、治療が必要かどうかの判断が大切です。虫などが見えて追い払おうとしたり、へビが見えて逃げようとするなど、幻覚に影響されて行動異常が出てくる場合や、幻覚をつらいと感じるような場合は治療が必要です。一方で、日常生活に影響が少ない程度の幻覚であれば、あえて処方調整をしない場合もあります。

治療は、原因と考えられる要素を減らすことから始まります。例えば薬物療法が原因と考えられれば、まずL-Dパ以外の抗パーキンソン病薬を減量すること、次いでL-Dパの減量、最後に抗精神病薬などを一時的に使用することなどを試みます。しかし、抗パーキンソン病薬の減量により運動症状が悪化する可能性が高い場合は、慎重に判断しなければなりません。いずれにしても、パーキンソン病の治療そのものに関係しますので、担当医師とよく相談するとよいでしょう。

2. 患者さんの対処

対処は、幻覚症状を「幻覚」と気づくことから始まります。幻覚かどうかの確認は一人では困難なことが多いものです。ご家族など支援者に相談して、それが現実なのかどうか一緒に考えてもらいましょう。例えば幻視かどうか判断したいときには、実際に触れてみたらよいでしょう。幻視であれば触れることはできませんので、「やっぱり幻視なんだ」と実感します。実際のものではないと分かった場合はなるべく気にかけず、相手にしないで無視することがよいと思われます。どうしても気になるときは、一人で解決しようとしなくて医師やご家族に相談することが大切です。



## ① パーキンソン病の基礎知識

### 3. ご家族の対処

ご家族が患者さんの幻覚を指摘するよりも、患者さん本人から相談してもらうほうが、その後に良好な関係を維持できます。そのためには、患者さんが幻覚について相談できる雰囲気をつくってあげることが大切です。相談された場合は幻覚を否定せず、患者さんの考えに耳を傾けましょう。ひとまず患者さんの考えを受け入れることで落ち着きますし、「安心して話せる」と今後の関係に良い影響を与えます。幻覚であればどこか事実と矛盾しています。そこに話の焦点を向けて、対処方法を一緒に考えるようにしましょう。



(野田隆政)

# Ⅱ パーキンソン病の治療

## 1. 薬物治療

Check it!

- 抗パーキンソン病薬は多数あります。L-ドパとドパミン受容体作動薬がその代表ですが、それぞれに特徴があり、効き方も異なるので、患者さん一人ひとりに合わせてできるだけ効果が高く、副作用が出にくいように組み合わせます。
- 早めに治療を開始して、早くよくなりましょう。薬は一人ひとりの症状や年齢、活動度などによって異なります。長期治療中に、薬の効果持続時間が短くなったり不随意運動が出ることもあります。これを改善する薬もあります。主治医とよく相談して薬を飲みましょう。

### 1 抗パーキンソン病薬の作用点と種類

パーキンソン病はドパミンを十分作れなくなる病気ですので、ドパミンの不足分を何らかの形で補うことが治療の中心です。できるだけ副作用が少なく、高い効果が得られるように多くの薬が開発されています。病気の経過は患者さんによりさまざまです。その時点で必要な薬の量や種類も患者さんによってさまざまです。それぞれの患者さんの、その時期の状態に合わせて薬の種類、量、組み合わせを選択して治療します。

抗パーキンソン病薬には多くの種類があります。それぞれに特徴があり、作用の仕方も効果の強さも異なります。各薬の作用点を図1に示します。同じように見える一

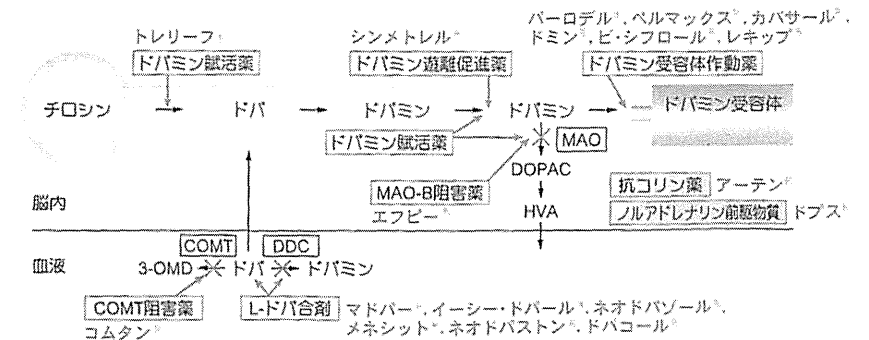


図1 抗パーキンソン病薬の作用点

COMT: カテコール-O-メチル転移酵素, DDC: ドパ脱炭酸酵素, 3-OMD: 3-O-メチルドパ, MAO (-B): モノアミン酸化酵素 (B), DOPAC: 3,4-ジヒドロキシフェニル酢酸, HVA: ホモバニリン酸

