

在宅パーキンソン病研究会(141211)の内容を一部改変

パーキンソン病の在宅診療



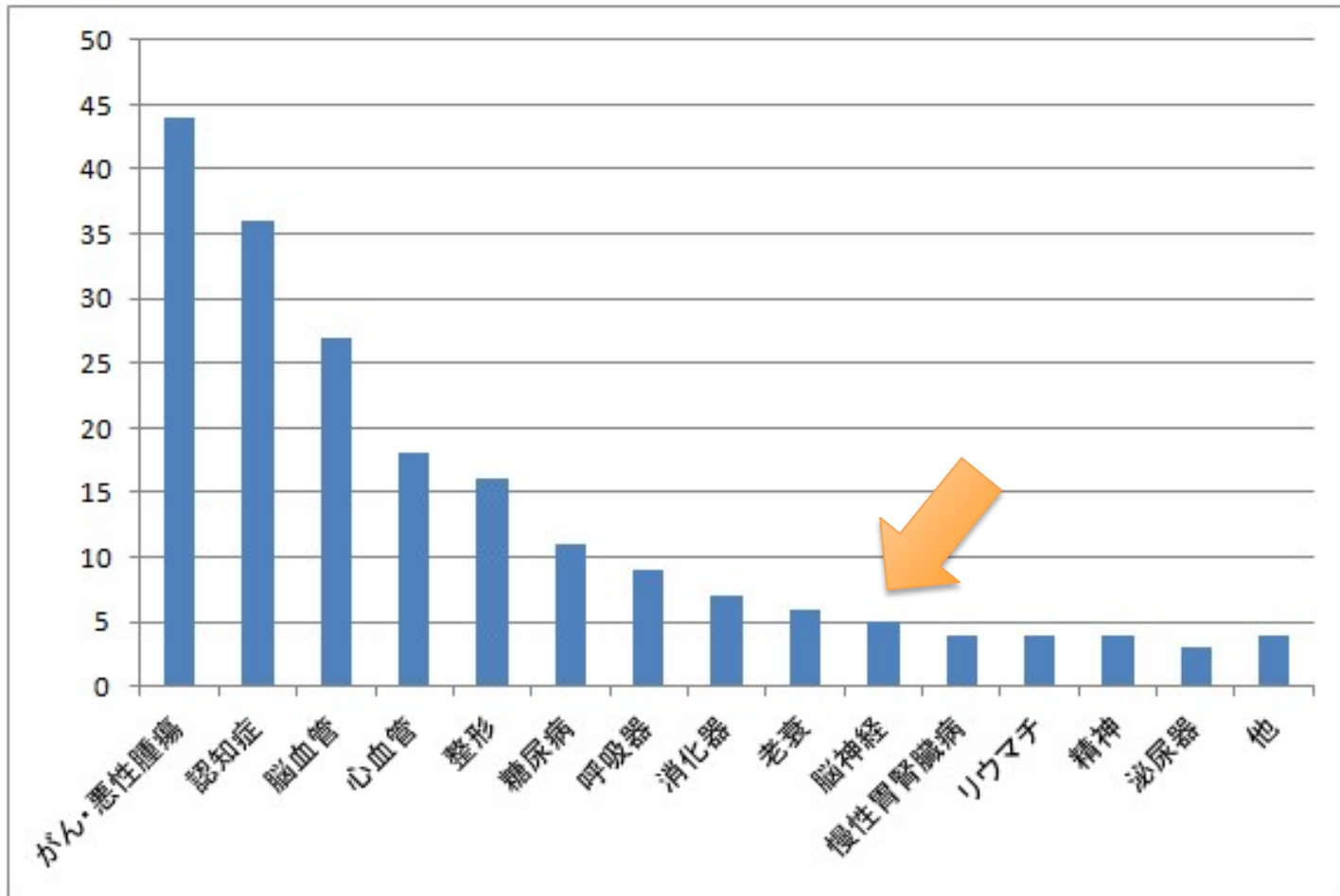
(医)ビジョナリー・ヘルスケア

川崎高津診療所診療部

松井英男

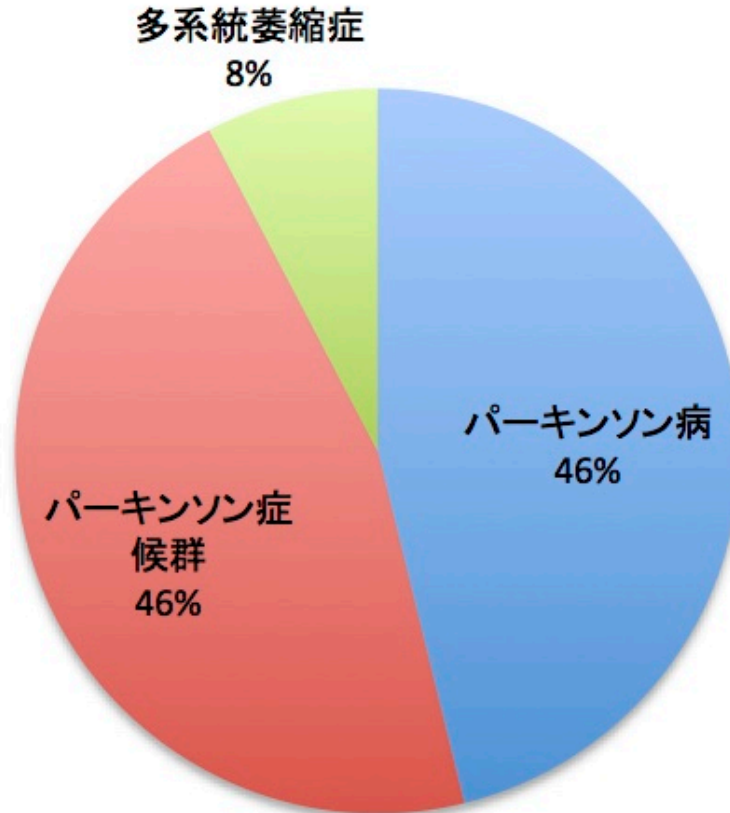


在宅患者の疾患



n=200(主病名)

脳神経疾患



n=26
(認知症を除く)

当院のパーキンソン病患者

頻度 2.1%

年齢の中央値 81.5歳 男女比 7:5

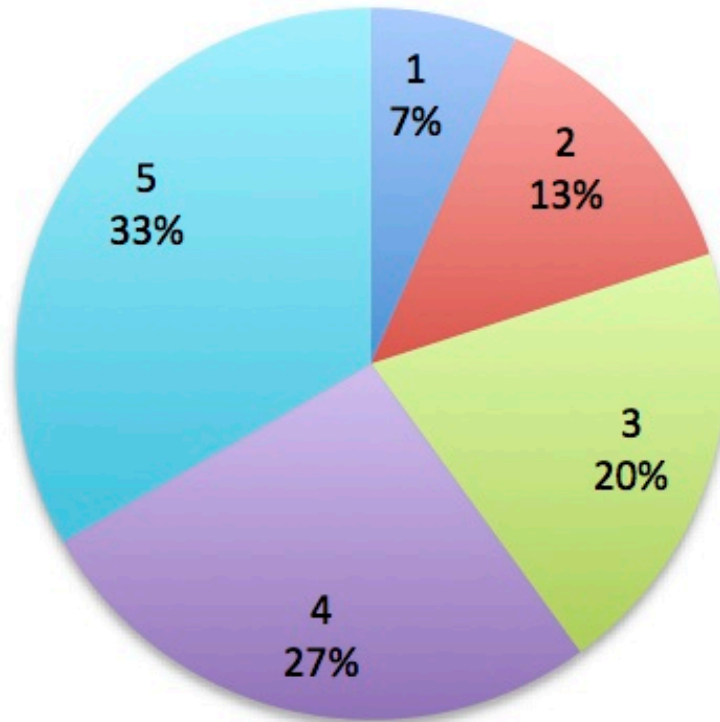
全例で薬物治療(DBS 1例)

検討項目

- Hohen-Yahr分類
- 非運動症状
- 薬物治療の実際
- 併存疾患
- 介護と終末期医療(症例)
- 生命予後(Kaplan-Meier)



Hohen-Yahr分類

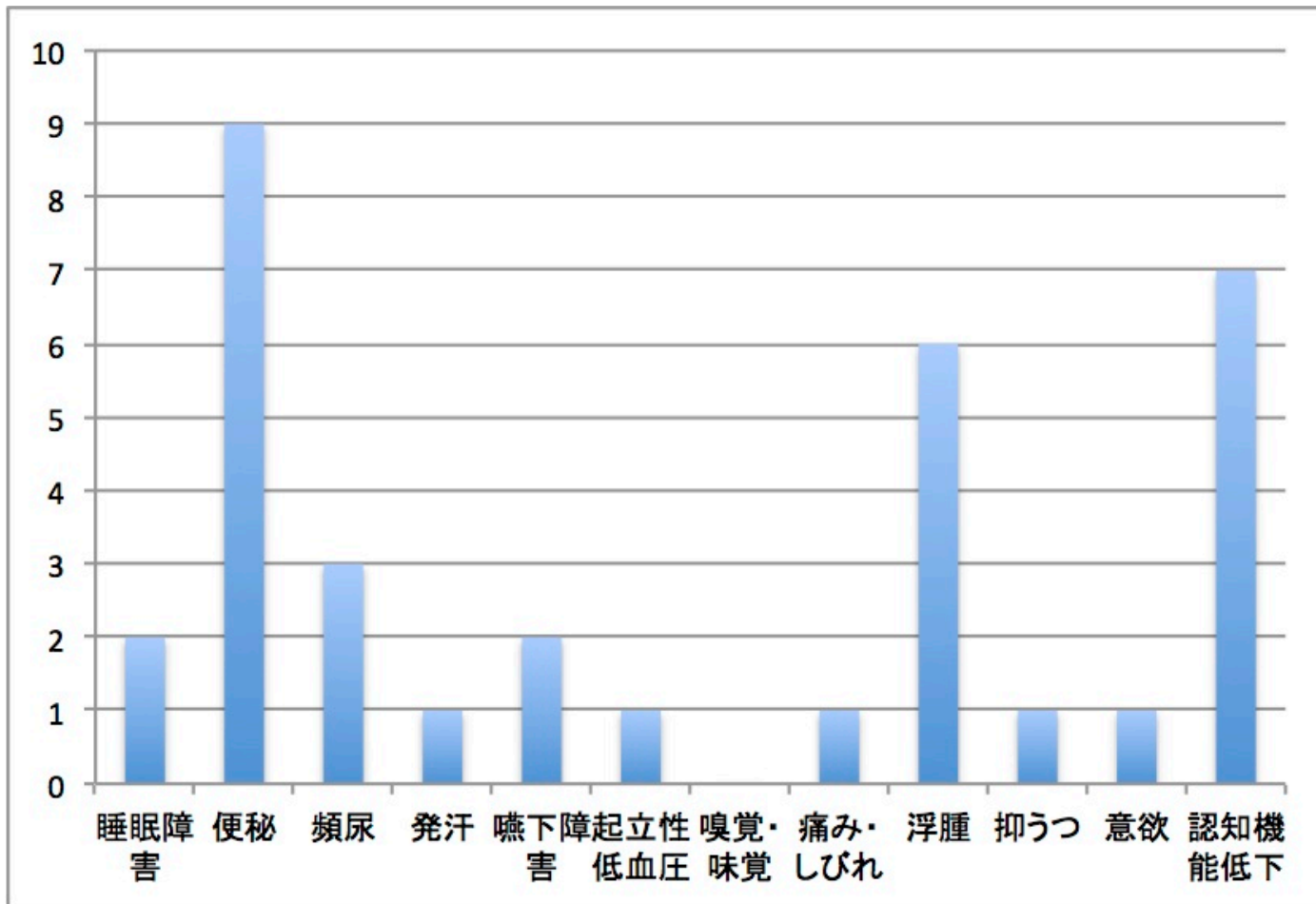


KTC data (2010~2014)

Yahr4+5で6割を占める

在宅患者では介護が必須

非運動症状

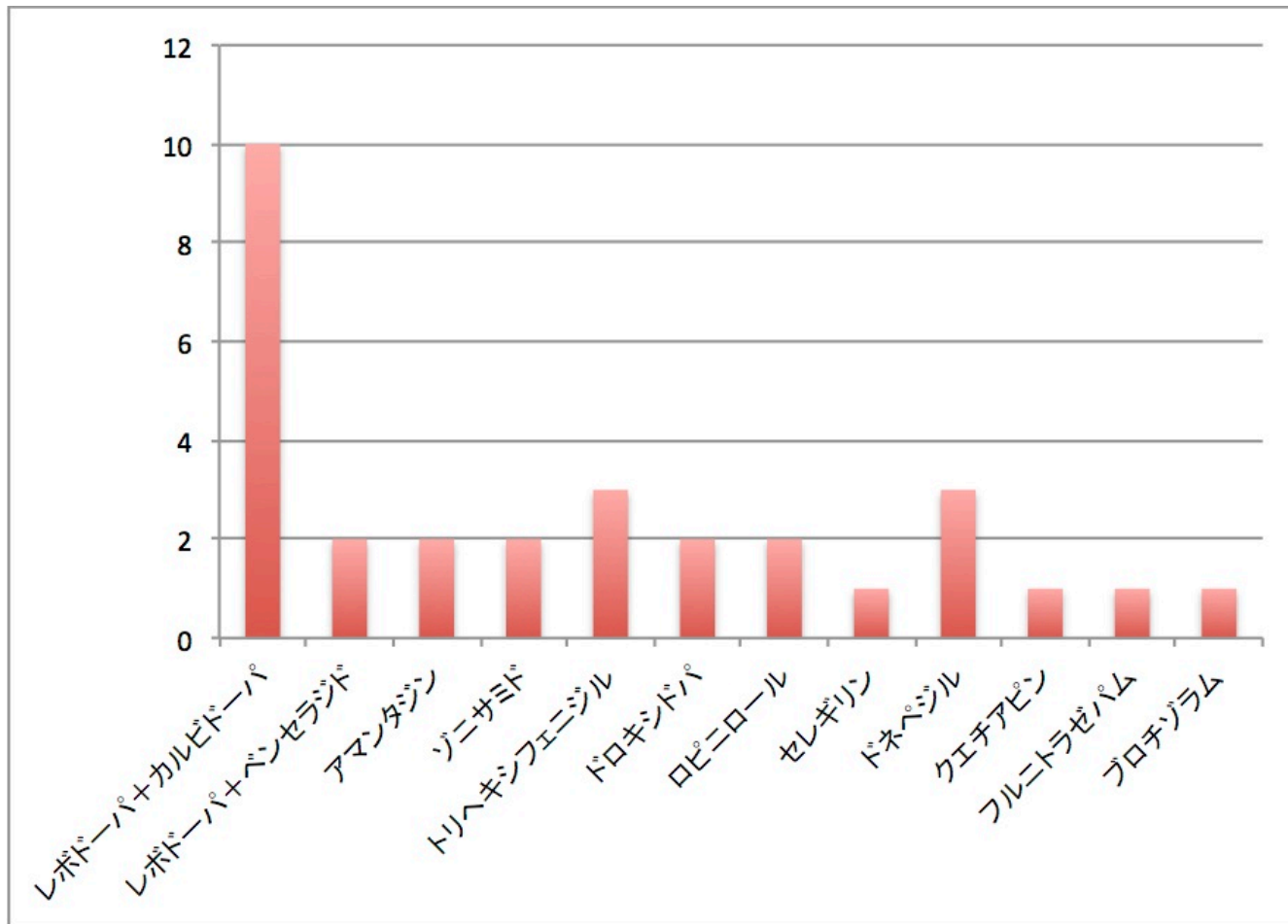


KTC data (2010~2014)

運動症状以外では、
便秘、認知機能低下、浮腫が多い

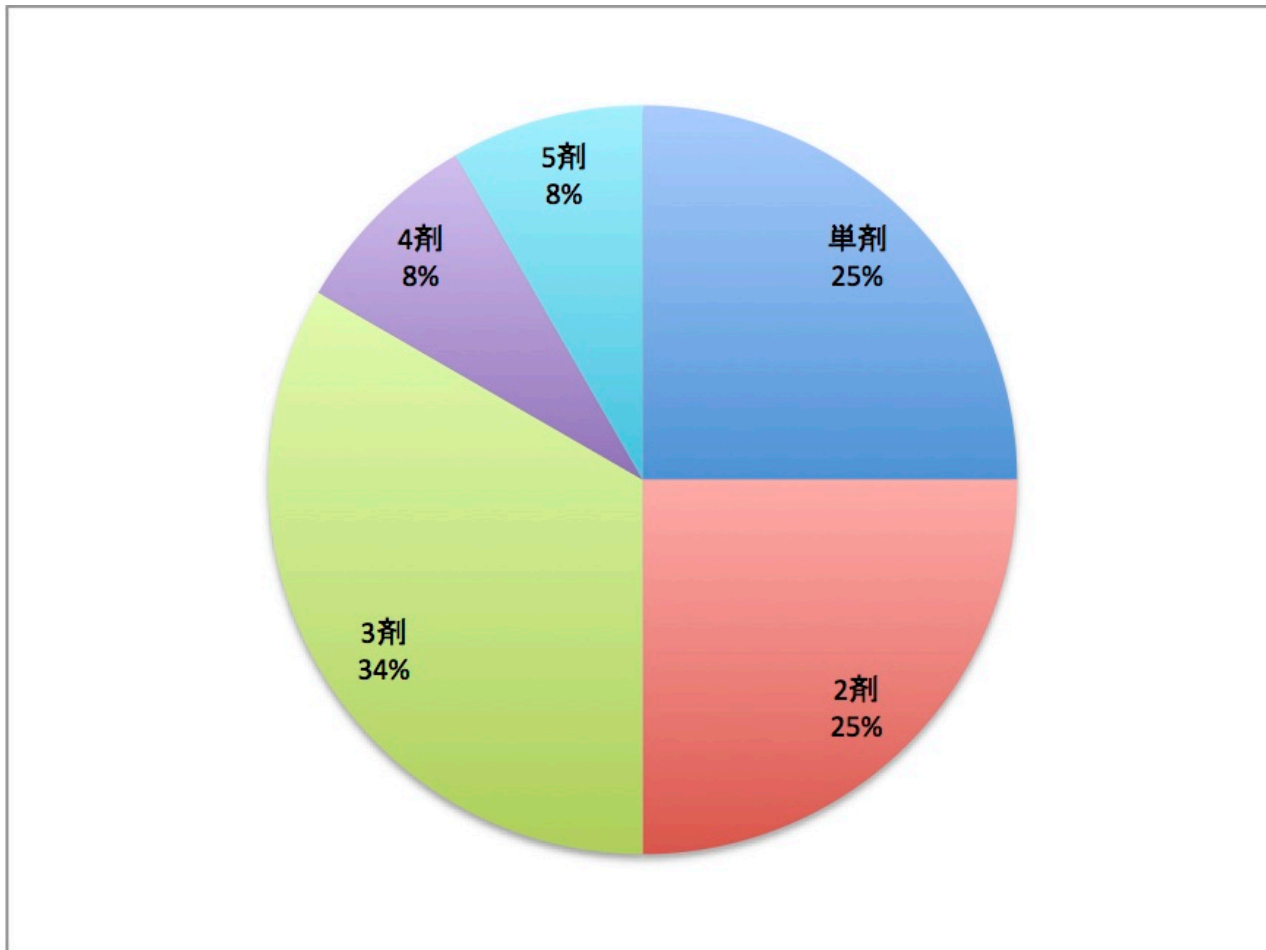
在宅患者全体の老年症候群と同様

薬物治療の実際



KTC data (2010~2014)

治療薬の種類



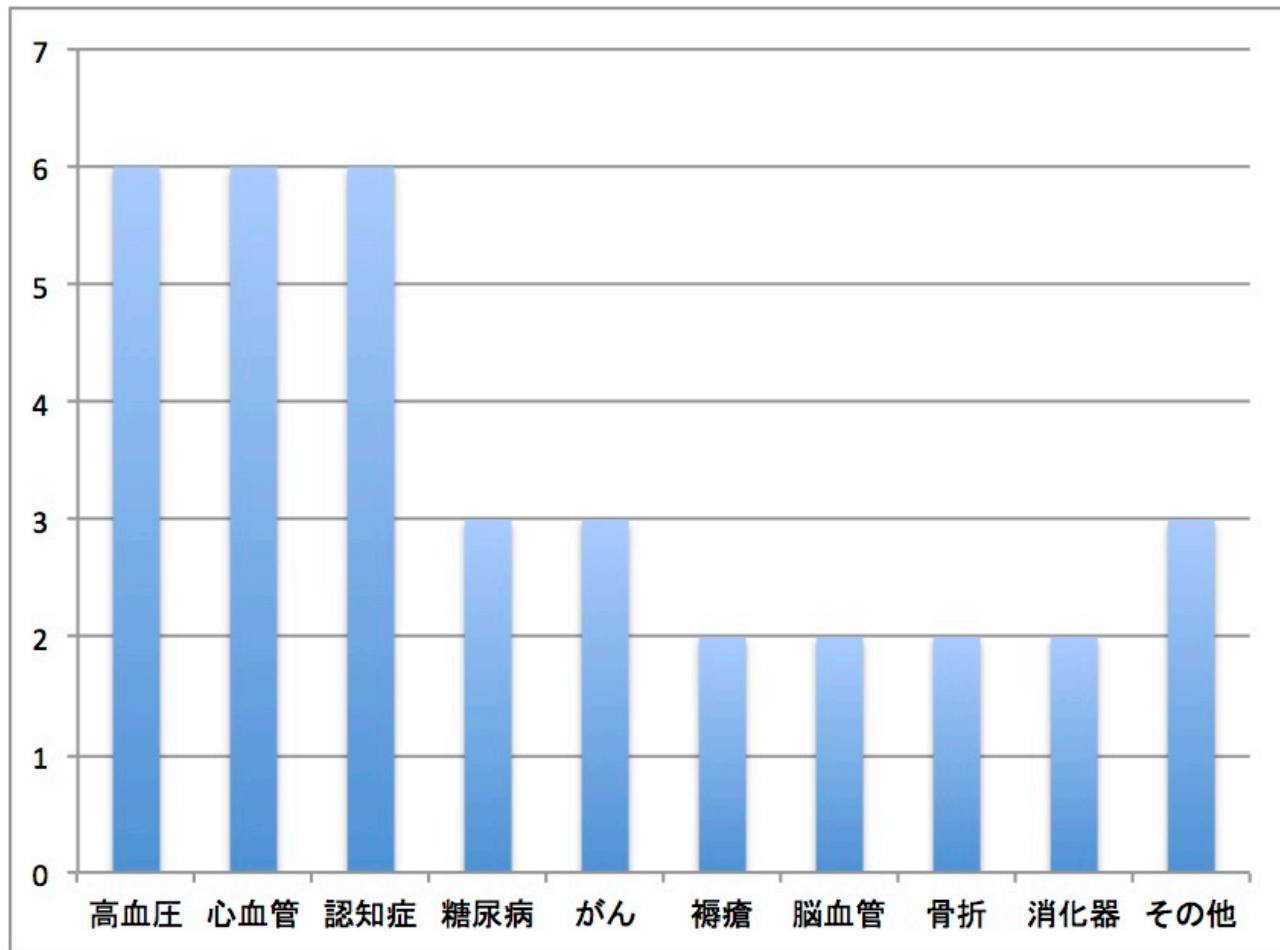
KTC data (2010~2014)

在宅での薬剤による治療

- 薬効を得るために服用回数が増える
- 病態に応じて多剤併用が必要
- 処方量の増加
- 徐放剤や貼付剤(ニュープロ®パッチ)が便利

服薬の確認
専門医との連携

併存疾患



KTC data (2010~2014)

高血圧, 心血管疾患, 認知症の 治療が同時に必要

内服薬がさらに増える

60歳代, 男性

- 発症から6年
- Yahr5
- 独居
- 幻覚・幻聴あり
- 5剤併用
 - レボドーパ配合剤
 - 抗コリン剤 他
- 意識障害で救急搬送2回
- 介護に限界あり特養へ

80歳代, 女性

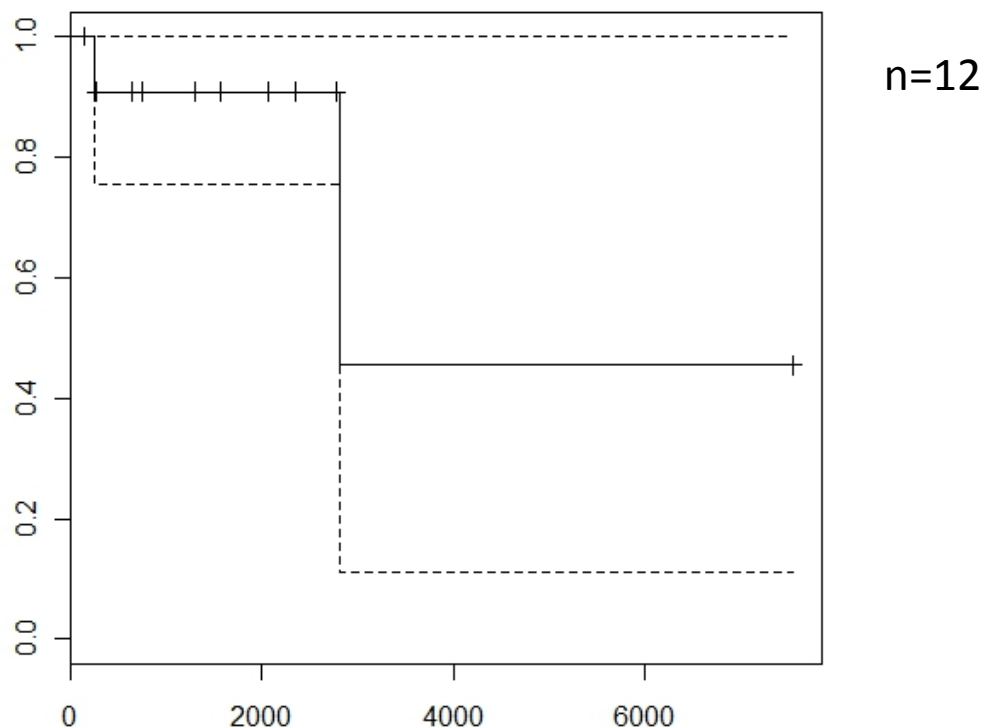
- 発症から7年
- Yahr5
- 人工呼吸器
- PTEG
- 3剤併用
 - レボドーパ配合剤
 - 抗コリン剤
 - NMDA受容体拮抗剤
- 肺炎死亡(終末期)

レビー小体型認知症か パーキンソン病＋認知症か？

1年ルールあるも鑑別は時に困難
基本的には同一疾患(α シヌクレイン病)

発症からの生命予後

MST 7.7年
10年生存率 45.4%



観察期間の中央値 : 1429.5 days

在宅パーキンソン病患者

- Yhar4以上の重度の患者が多く, 介護が必須
- 3剤以上併用が半数を占め, 服薬管理が重要
- 専門医との連携が必要
- 非運動症状は, 老年症候群と同様
- 併存疾患を有し, 内服薬が増える傾向
- 10年生存率は45.5%, MSTは7.7年
- 終末期医療が必要なケースがある(肺炎)

最近の話題

- パーキンソン病発症のメカニズムが明らかにされつつある(Braak仮説)
 - 腸内細菌叢の異常による慢性炎症にともなう炎症性サイトカインの産生
 - 神経細胞やグリア細胞内に病的な α シヌクレインが蓄積(レビー小体)
 - 迷走神経に沿った脳内伝播
 - 脳幹から大脳皮質へのレビー小体の蓄積