薬物療法

パーキンソン病は薬がよく効きます

薬物治療の主な目的は、脳内で不足しているドパミンを補うことです。

さまざまな種類の抗パーキンソン病薬をどのように選択し、どのような量を、どのような服薬タイミングで使用するべきかについての判断は、専門医の腕の見せどころです。

患者さんに合わせた治療薬を適切に使うことによって運動障害が劇的に良くなることも少なくはありません。適切な治療により多くの患者さんが、「同年代の健常人と同様の生活」を継続しています。

効果的な治療法が少ない他の難病と混同され、数年で車椅子、寝たきり状態になるなどという全く誤った情報が広がることもあるようですので誤解しないように注意しなければなりません。

治療目標

高血圧や糖尿病に具体的な治療目標があるように、パーキンソン病にも具体的な治療目標があります。

その目標とは、『患者さんが年齢相応の日常生活活動（ADL）ないし、現在就いている職業の維持が図れる（2011 日本神経学会パーキンソン病治療ガイドラインより）こと』であり、目標を達成するための治療戦略を組むことが重要でしょう。

治療戦略

医師が治療戦略を組む際に、どの薬剤を選択し、その維持量をどう設定するかによって、当然のことながら治療効果は大きく左右されます。

非高齢者では、ドパミン受容体刺激薬（アゴニスト）（例：ビ・シフロール®、ミラペックス LA®、レキップ®､レキップ CR®、ペルマックス®、ニュープロ®、ハルロピ®など）や MAO-B 阻害剤（エフピー®、ラサギリン（アジレクト®）で治療を開始することがあるかと思いますが、L ドパ（レボドパ）（例：メネシット®、ネオドパストン®、マドパ®、イーシードパール®、ドパコール®など）を追加せずに長期にわたり充分な運動症状の改善を図ることは困難です。

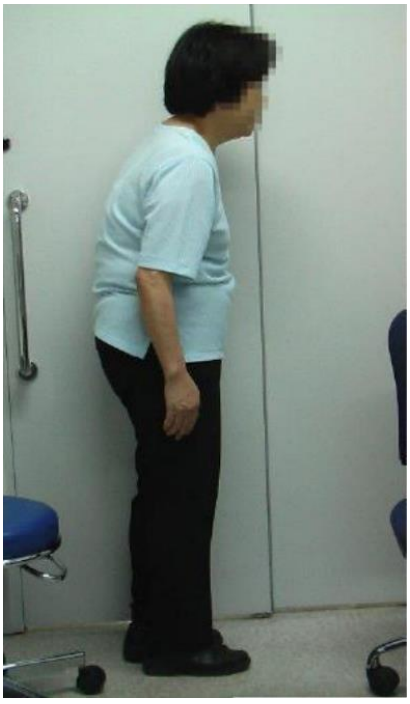
高齢者では、高齢だと出現しかねない副作用が懸念されるドパミン受容体刺激薬（アゴニスト）を無理に使用することはなく、Ｌドパ（レボドパ）中心に治療する方が適切である場合が多いのですが、誤解されていることも多いようです。

幸いに、北米の空腹投与とは異なり、日本ではＬドパ（レボドパ）も「食後」投与が基本であり。

50ｍｇ単位での細やかな薬剤調整が行われている点で患者さんにとって有益です。

その一方で、Ｌドパ（レボドパ）などの抗パーキンソン病薬の投与量が不十分で不利益を被っている患者さんも日本では少なくないのが現状です。患者さんにとって、薬の効かない状態で日々過ごすことに積極的な意味はなく、患者さんがよくなることを自ら「あきらめる」ことがないようにしたいものです。

下記の患者さんは、ドパミン受容体刺激薬（アゴニスト）にＬドパ（レボドパ）を追加することによって姿勢異常が著名に改善した患者さんの１例（当時６０歳）です。



薬剤調整前

2か月後

Ｌドパ 400ｍｇ/日 追加後
（150 ㎎―150 ㎎―100 ㎎）

トータルケアガーデン湘南海老名クリニック パーキンソン病外来