

連載：第14回

スライド22（後編）の解説

レビー小体型認知症（DLB）に伴う身体症状の薬物療法の解説の続きです。

失神や転倒も、DLBによくみられる症状の一つです。レビー病理によって自律神経が障害されて、起立性低血圧が起こりやすくなり、意識消失発作（失神）のために転倒します。パーキンソン症状が悪化した場合も、バランスを崩して、転倒しやすくなります。さらに、意識障害を伴うてんかん発作が合併した場合にも、失神・転倒することがあります。このように、DLBの場合の失神や転倒の原因はいろいろですので、その原因を究明（鑑別）することは重要です。その原因によって、使用される薬も違ってきます。具体的な薬については、専門的過ぎるかと思いますが、今回は割愛します。

自律神経障害による症状として、起立性低血圧以外にも、いろいろな症状がありますが、多くの患者家族が悩まされるのは、便秘や頻尿といった排泄機能の症状です。

DLBによって引き起こされる便秘は、通常の便秘症とは異なりますので、甘く見てはいけません（連載第9回を参照ください）。薬を使用する場合、通常の便秘であれば、軽い下剤（酸化マグネシウムなど）でいいのですが、レビー小体病（DLBやパーキンソン病）の便秘に、酸化マグネシウムで対応していると、そのうちに効き目が悪くなり、次第に大量投与となり、その結果、高マグネシウム血症になっている方をよく見かけます。血液中のマグネシウムの値は、カルシウムやリンの値と連動していますので、下剤のために血液中のカルシウムやリンにも影響が生じることがありますので、注意が必要です。

最近では、新しい種類の下剤が幾つも開発されていますので、それらを組み合わせることによって、比較的安全に、かつ良好に、排便を管理（コントロール）することができるようになりました。具体的な薬については、専門的過ぎるかと思いますが、今回は割愛します。

頻尿（特に夜間の頻尿）も、患者の生活の質（QOLと略します）を落とす大きな要因の一つです。一般的な頻尿の薬には「抗コリン薬」と呼ばれる薬が使われてきました。しかし、抗コリン薬は、DLBにとっては大敵です（連載第8回を参照ください）。では、どうしたらいいでしょう？

最近では、抗コリン薬でも、選択性コリン受容体拮抗薬（臓器選択性抗コリン薬）が幾つも開発されています。これらの薬は、主に膀胱のコリン受容体に選択的に引っつく（引っ付いて、アセチルコリンの邪魔をする）という特徴があり、脳内のコリン受容体にはあまり影響しません。ですので、DLBの患者にも使えないことはないでしょう（それでも筆者は、ほとんど使用しません）。

筆者が頻尿に使う薬は、ベタニス（ミラベグロン）という薬です。ベタニスは、頻尿の薬ですが、抗コリン薬ではなく、アドレナリン（ $\beta 3$ ）受容体作動薬に分類される新しい機序

の頻尿の治療薬です。しかし、ベタニスは、高齢者に合併しやすい慢性疾患との関係で、使用できないこともありますので、注意が必要です（もっとも、コレはベタニスに限ったことではありませんが）。

疼痛は、あまり注目されていませんが、これもレビー小体病（DLB やパーキンソン病）の患者の QOL を下げる症状の一つです。レビー小体病に伴う疼痛の発生機序は、いろいろな種類があります（いろいろな原因で疼痛が生じます）。

私事で恐縮ですが、筆者はもう少し？若かった頃、疼痛の発生機序や治療にも興味がありました。精神科医では全国でも数名しかいなかった緩和医療の指導医資格も持っていましたが、10 年ぐらい前に認知症診療に特化したため、関連学会から抜けました（内緒ですが、本当は学会の方針が気に食わず、喧嘩してやめました）。

もしかすると、世界で初めて DLB に伴う疼痛に関する論文を発表したのは筆者かもしれません（しっかり確認したかどうか、記憶がありません。今からちょうど 10 年前に書いた論文です）。

閑話休題、DLB の疼痛に対する薬は、その原因を推測して、処方する必要があるのは当然です。やみくもに処方しても、運良く当たる確率は低く、副作用のリスクの方が高くなります。

レム睡眠行動障害の薬は、少量のクロナゼパムが一番確実だと思います（連載第 5 回と連載第 10 回を参照してください）。

DLB には、てんかん発作が合併することがあります。てんかんは、以前は乳幼児期に多発する病気とされていましたが、近年、乳幼児よりも、むしろ高齢者に多く発症することが明らかとなりました。したがって、DLB の患者にてんかん発作が起こっても、全く不思議ではありません。

どのような発作かというと、焦点意識減損発作というタイプの発作で（昔は複雑部分発作と呼んでいました。医療の世界では、病名が変更されることはよくあります）、数分の間、意識減損して（ボーっとして）、心ここに有らずのようになります。意識は無いのですが、けいれんや転倒することは稀ですので、周囲の人も気が付かないことがあります（もちろん、けいれんに至ることや転倒する場合があります）。

このような特徴のある発作なので、DLB の認知機能（注意機能）の悪化のためにボーっとしているのか、てんかん発作のためなのか、鑑別が難しい場合が多いのです。したがって、意識的にてんかんを疑うことが必要なのですが、この点はまだまだ周知されていない段階です。

さらに注意が必要なのは、超早期（前臨床期・前駆期）の DLB（レビー小体病）でも、てんかん発作が生じることがあり得ることです。この可能性を世界で初めて症例報告したの

は筆者で、2017年に論文化されました。

このように、DLBに合併するてんかんを診断することは、かなり難しいのですが、もしも診断ができたならば、薬物療法が必要でしょう。焦点意識減損発作に対する薬は、いろいろありますが、筆者はラコサミドという薬を良く使用しています。

連載第14回はここまでとします。また、来週、お会いしましょう。