

(発行 2010.1.10)

認知症薬物療法マニュアル
コウノメソッド 2010

医学博士 河野和彦

Kazuhiko Kono M.D.

コウノメソッド 2010 のご挨拶

●2009 年は、13 冊めの著書「認知症治療 28 の満足」を難産の末、出版した。レビー小体型認知症(DLB)とアリセプト 5mg 問題を中心に非常に専門的な内容をわかりやすく書いた。一般向けならやさしい内容に、というのは間違っている。親の回復に必至になっている家族と言うのは、医師以上の知識を得ている時代になった。勉強しない医師は置き去りにされる。

●アリセプトの少量投与を不可能にさせているのは、厚労省ではなくエーザイであることが判明した。3年後の後発メーカーが 1mg 錠を製造するのを期待するしかないようである。厚労省老健局側には、我々現場医師の声が届いていて理解を示しはじめていると考える。

●当院の外来では、DLB はもとより、ピック病も多く、開業後から非定型うつ病の初診が加わってきた。認知症と非定型うつ病の合併としか理解できない症例も散見される。現在私は非定型うつ病の勉強中である。非定型うつ病は患者数が多く、将来精神科だけでは診きれなくなると思われるのでプライマリケア医にも知識が必要であろう。

●健康補助食品 ANM176、フェルガード 100M の著効例をさらに経験してきた。臨床試験も各地で展開されている。平成 21 年 12 月に経験した DLB(四国)はマドパー 3 錠を継続し、私は抑肝散 3 包、アリセプト 0.5mg を処方して、フェルガード 100M×2 の一方を ANM176 に代えるように助言した。5 ヶ月後劇的に改善していたので関西の娘さんがわざわざケータイに患者の画像を写して挨拶に来てくれたのだが、あまりにも違うので初診時の写真を見つけれなかったほどである。●結局アリセプトごく少量ですら奇行をおこし、ANM176 への移行で「ほぼ正常」まで戻ったという。生活は何でも自分でできる。初診時は口を開けてノーメイクで体をゆすっていただけの人が、きれいに化粧して毛髪まで染めているのである。フェルガード類も結局、オーダーメイドでガーデンアンゼリカ配合量を見つけていけば改善率はさらに向上するのだろう。それには家族の協力が必要である。

●アルツハイマー型認知症(ATD)で中核症状改善を目的とする場合は、やはりアリセプトで治療を始めて、(当然 1.5mg→2.5mg→5mg の漸増が望ましい)アリセプトが飲めない患者、アリセプトで興奮してしまう患者は、ANM176 を併用ないし単独投与にすることで、進行の恐れが減ったと言える。

●アリセプト 6mg 以上の処方については、初めて「重度アルツハイマー型認知症」との記載が必要と国保から指摘された。おおかた改訂長谷川式スケール 10 未満でないと 6mg 以上は処方できないという見解である。中等度でアリセプト 5mg を継続してきて、進行が速くなったら ANM176 の併用はいっそう必要になるだろう。

●ANM176 の価値は、アリセプトが効かない ATD 患者にとどまらず、**レビー小体型認知症、ピック病、石灰化を伴うびまん性神経原線維変化病(DNTC)、正常圧水頭症(NPH)、単純ヘルペス脳炎後遺症、正常者にも奏効**することが確認できたことである。NPH の場合なんらかの理由で髄液排除ができなくても ANM176 で歩行が可能になったり、後屈が治りうる。いかなる病型においても車椅子の患者が立ち上がったたり歩くということが期待できる。その改善率は、サアミオンやシンメトレルをはるかにしのぐ。

●さらに、嚥下機能回復、血清アルブミン上昇、白髪黒化、はげ頭からの太い毛髪の産生、難聴改善など「**不老長寿(若返り)**」のような作用が観察されており、老年医学の研究者にも強いインパクトを持つ武器であろう。日本における治験の結果は、Geriatric Medicine に掲載された。科学的に文句のつけようのない結果(ADAS 改善)だ。

- アリセプト 0.5-1mg 程度にフェルガード 100M を併用していた DLB が、改善したあとアリセプトをやめてしまってよいか、続けるべきかは個々の患者によって違うので、やめてみて活力が低下したらアリセプト少量を再開するべきである。
- なお、New フェルガードは ANM176 の後発品であり、ガーデンアンゼリカの産地が違う。フェルガード 100 は、New フェルガードのガーデンアンゼリカを 20%に減らしたものの、フェルガード 100M は、フェルガード 100 のフェルラ酸の一部活性を長引かせたものである。
- 「DLB と ATD は、同じ病理学的スペクトラムの上に並んでいる」という仮説（レビー小体は老人斑を封じ込めようとした封入体である）は、DLB 患者の病態のバリエーションをうまく説明しているように思われた。医師は、目の前にいる患者が DLB なのか ATD なのかに迷う時間を空虚に過ごすのではなく、対症療法でどんどん患者を楽にさせてゆけばよい。
- 意識障害（せん妄）に対するニコリン注射は、500mg から 1000mg に増量しても副次作用（ハイテンション）はさほど増えず、改善率は上昇した。ただ、DLB に併発した一過性脳虚血によるせん妄に使用した場合でも、ニコリンの適応ではないという指摘が愛知県国保からなされ、それ以後、当院ではすべてのニコリン注射は実費（500mg：700 円、1000mg：1400 円）とした。その際、混合診療にならないように注意してくださいとのことであった。
- 陽性症状の強いピック病には、ウインタミン（コントミン）が第一選択であるが、半年で 4 人の黄疸を経験した。投与一ヵ月後の血液検査は行っていただきたい。肝障害がおきたら第二選択はセロクエルであろう。抗うつ薬（例えばデプロメール）でピック病を落ち着かせる手法は、症例を集積されておらず個人的にはまだ推奨できない（しないほうがよい）。
- ツムラ抑肝散とクラシエ抑肝散加陳皮半夏の比較をおこなっているが、後者には 3.75g 入りのスティックがあり 1 日 2 回ですむ。後者のほうが効いたというケースが存在するが顔面に水疱をおこすようなアレルギー発疹を 2 名経験した。いずれにしても後者のほうが強いという印象である。現在私の処方比率は 1:1 である。胃腸障害の出現率に差はないようだ。

医師の職業倫理指針[改訂版]平成 20 年6月(日本医師会)について

- 医師が健康補助食品を患者に推奨することについて、ここに法的な背景を説明しておく。医師の職業倫理指針を抜粋して、コメントを添えたい。
- 20 頁 「医師は科学者でなければならない。しかし、医療の進歩は未知の領域に挑戦するなかで得られるものであり、先端的・実験的医療と詐欺的な医療との区別は往々にして難しい。また臨床では、現在の科学の枠組みでは必ずしも説明できないような代替医療などの意義も否定しえない。しかし原則として医師は科学的根拠をもった医療を提供すべきである。」
【コメント】ANM176 は、臨床治験に携わった 9 名の医師および雇用された臨床心理士にとってはすでに科学であり、公の場でも論文が発表された。試験管内の実験、動物実験でも老人斑の形成阻止、動物の記憶向上が証明されており、科学的なものである。また後発品の New フェルガード、フェルガード 100M も科学に足るだけの人数が改善を経験している。
- 20 頁 「医薬品・医療器具以外で、食品や日常生活上の用具など、人々の健康の増進や生活の便宜に役立つ物やサービスを推薦することは、健康に関する専門家たる医師の社会的役割の 1 つであって、広く認められるべきである。」
【コメント】以上より、コウノメソッドは引き続き ANM176、フェルガード 100M を認知

症治療における重要な手段の一つとして推奨し、場合によっては薬剤よりも優先順位が上であることを正直に公開することとする。

略号の説明（本書で使用する略号）

- ATD、アルツハイマー型認知症 (Alzheimer type dementia)
- VaD、脳血管性認知症 (Vascular dementia)
- DLB、レビー小体型認知症 (Dementia with Lewy bodies)
- P D、パーキンソン病 (Parkinson disease)
- FTD、前頭側頭型認知症 (frontotemporal dementia) 一部がピック病
- NPH、正常圧水頭症 (Normal pressure hydrocephalus)
- DNHC、石灰化を伴うびまん性神経原線維変化病

認知症診断の考え方

鉄則1 画像診断で認知症を診断するのではない

- 認知症か非認知症（精神病、正常老化、変性疾患、一過性せん妄など）を鑑別する方法は、知能検査、問診、家族からの情報、振る舞いや態度の観察によるのであって、CT、MRIなどの画像診断で認知症とわかるわけではない。
- 脳血流シンチで正常範囲を超える局所脳血流低下があったとしても、脳波で正常老化を越える徐波があっても、被験者が自力生活が可能で生活に支障がないなら認知症とは言えない。
- 以上のような画像、機能検査だけを行い、肝心な知能検査を行わない場合は、認知症の本質をもっとも理解していない診療であり、批判されなければならない。医療機器は医師の助手であって、機器の所見に診断を振り回される医師は、医療費と患者の時間を浪費し、ときにはとんでもない誤診をする。患者経験数が少ない医師は、医療機器の所見が医学書に当てはまらない患者が現れると、とほうにくれ、治すこともできない。家族や患者の苦しみを謙虚に聞き、どうすれば医師として感謝されるかを考えることが大事である。

鉄則2 画像診断する前から処方してもよい

- 認知症の中核症状を改善するものとして、アリセプト、ANM176、フェルガード 100Mがあるが、これらだけが本格的な治療薬ではない。抑制系薬剤で患者の乱れた集中力を安定化させれば、患者の知能検査スコアは上昇し、中核症状改善と同様な効果が得られることもある。
- アリセプトはアセチルコリンが欠乏した脳にしか効果を発揮しないと推定されるが、ANM176 のガーデンアンゼリカはニューロン構築作用があるため、ほとんどの認知症に効果を示しうる。一方、アリセプトの処方を受ける患者は、ATD、DLB、混合型認知症のいずれかであるという正しい診断がされていたほうが改善率は高まる。
- 一方、ANM176 は 上記の理由から認知症の病型鑑別を厳密に行う必要はない。ANM176によって改善した場合、結果オーライと嘲笑されることにはあらず、患者にとって改善がすべてであり、その場合診断は二の次である。「非科学的」と他者を嘲笑する医師ほど患者を改善させる力がない。改善と言う事実の前には、ひれ伏すしかない。
- 日本において、ANM176 は食品扱いであって、主治医が根拠なくこの服用を禁止する権利はない。漢方薬のように電解質を揺さぶったりアレルギー反応をおこした例はいまのところない。

鉄則3 診断学的治療は、非科学的ではなくもっとも賢く安全な手法である

- 一部の教授は初診だけ行って、再診以後は弟子に任せる場合がある。これは臨床医としてもっとも愚かなことである。この方式をとると自分の処方では病状が悪化しても途中でDLBの症状が加わっても自分の誤処方、誤診は永久に修正できないからである。
- 診断学的治療とは、処方に対する病状の変化によって真の診断に近づけてゆく手法である。多くの医師が若いころ病院で数々の高額な医療機器を使用し、その限界を知る。例えば海馬の萎縮が少ないATDもある、MIBG 心筋シンチで心/上縦隔比が高いDLBがいる、などである。経験をつむとそのような例外も計算にいられて間違いの少ない診断のあり方：「ATDと思われますが、DLBの可能性は否定できません」という初日のムンテラをしながら1年後に診断をDLBに固めてゆくことができる。
- このような態度は、患者への処方では重大な副作用を生じさせず、安全に病状を改善させてゆくことにつながる。画像診断を絶対的な判決と位置づけ、「年のせい」と切り捨て、診断をヒステリックに確定する医師は危険であり、アメリカでは訴訟の対象にすらなる（1年後にATDと気づかれた場合、早期発見義務の怠りとなる）。脳血流が平均値にとどまっているからATDではない、と決め付けられたら、記憶に不安を持つ患者は救われない。若い患者の血流は低下しにくいし萎縮も軽度である。

鉄則4 診断の変更は恥ではなく誠意である 一誤診宣言の奨め一

- 高齢者の認知症は、複雑に絡み合っている。ATDが正常圧水頭症(NPH)化すること、ATDの1/100に甲状腺機能低下が合併していること、パーキンソン病が合併すること（これはDLBのアルツハイマータイプとの鑑別は容易でない）など、おきうることをフレキシブルに考えてゆかないと患者の複数の障害をすっきりと治してゆくことはできない。
- 最初はATDと思っていたが、途中から小刻み歩行と幻視が出てきてDLBであると気づいた場合、家族に診断を変更することを正直に説明しないと、なぜ進行したのにアリセプトが減らされるのか納得されないであろう。しかしすべての専門医がDLBを全員診断できるわけではなく、誤診と責められる理由はない。誤診宣言は、患者の健康のために行うべきことである。

認知症薬物療法の考え方

- 認知症を適応症と認められた薬物は少ない。法的な規制の厳しい大学病院の医師は、アリセプトの用量調整をせず、適応外の処方をしないので患者をうまく治すことはできないケースが多い。DLBにアリセプトが効くことは誰でも知っている。ただし、用量設定は一般医には難しい。
- 非定型向精神病薬（注1）の取り扱い（血糖上昇、生命予後の短縮）には特に注意が必要である。中枢神経系薬剤の使用は、手術と同じくらいのリスクがあるという専門家もいる。最近の医療訴訟はインフォームドコンセントの欠落をつかれることが多い。とくになじみの薄い患者には要注意である。 （注1）リスパダール、ジプレキサ、ルーラン、セロクエル

- 認知症の陽性症状を制御して介護者を楽にさせたり入院を先延ばしにしたりする処方、臨床医にもっとも求められる技術であり、国の医療経済学にも貢献する。現にセロクエルは認知症の陽性症状に第一選択だという専門家（国立大学名誉教授、内科系）もいる。 ● 食後血糖が

- 120 程度でも耐糖能異常が潜んでいることがあるので、できれば認知症の初診時に全員 HbA1c を行うことが望ましいが、レセプト上許されないことが多い。
- ウインタミン（コントミン）は、体幹傾斜のある患者に使いやすいが肝障害はおきやすく、黄疸も強く出る。処方 1 ヶ月後に血液検査を行うことが望ましい。

開業医に期待されること

●総合病院、大学病院の中枢神経系専門医は、認知症以外の疾患に追われていて、認知症の治療にモチベーションをもてない場合が多く、外来の待ち時間が長いのも認知症にはマッチしない。また、高度な診断機器を使用しすぎて「早く治療してほしい」という家族の求めとは大きなずれを生じている。これを**診断遊び**と呼ぶこととする。

●**なじみの医師にかかりたいという高齢者の特性**から考えて、開業医が**プライマリケアの段階で、陽性症状を制御してしまう**ことが期待される。また、認知症が急増しているため開業医が処方しなければならない時代でもある。

処方する前に

●まず、**家族が認知症の処方についてどの程度の知識があるのか**確かめる必要がある。つまり「診断だけでいいです」とか「意見書を書いていただければいいです」と言う家族は、**処方によって介護が楽になるとか、患者の記憶が改善する**ということを知らないのではないかということである。知っていても前医の処方が合わなくて、薬を不信に思っていることはないか。それを確認する。

●抑制系を処方する場合、**薬を手渡す家族が同居しているのか**確認する。ヘルパーの訪問時に飲ませてよい。独居老人で訪問が 1 日 1 回なら処方も分 1 にすべきである。とくに糖尿病薬、降圧薬、抑制系薬剤には注意する。

抑制系薬剤を処方する

●同居者が抑制系の用量調整をできるかどうか、インテリジェンスを確認し、危なっかしいなら安全な用量で処方する。

●調整できるなら**家庭天秤法**で。

わかりやすい説明書（医師の指導の下で）を渡すこと。たとえば、

「元気がなくなったら グラマリールを減らす＋サアミオンを増やす

元気すぎたら セロクエルを増やす＋アリセプトを 3 日中止、以後半分。」 など

●同居者が混乱しないように、用量調整する薬剤はシンプルにする（多くても 2 種まで）

●昔開発された薬のほうが、効果が予想しやすいので用量設定もしやすく、結局安全である。

●抑制系薬剤の特徴

1) グラマリール (25mg, 50mg)

在宅生活が可能な程度の陽性症状に。まず 25mg 錠で 1 日 1-6 錠の維持量を決める。

2) セロクエル (25mg)

入院しそうな陽性症状。ピック病に。DLB でも少量なら可能。25mg を 1 日 0.5-6 錠。強いので微調整も考える。例えば細粒 朝 15mg+夕 15mg。睡眠薬2種でも寝られない場合、これを併用するとよい。体の傾斜を起しやすい。

3) 抑肝散 クラシエ抑肝散加陳皮半夏

体幹バランスの悪い DLB、ピック病に。ATD はあまり効かない。1 日 1-4 包。

1) 2) に併用することも。血清カリウム低下に注意。とくにラシックス併用時。クラシエは1包 3.75g の製品を持ち、これだと1日2回で十分効果を発揮する。

4) セレネース (0.75mg)

暴力はなくてもっぱら妄想だけの患者に。歩行のしっかりした DLB にも少量使用可。

例) 抑肝散 3 包 (分3) + セレネース (0.75) 1 錠 (分2)

名古屋フォレストクリニックでは1錠まるごと飲ませる患者は少なく、0.2mg、0.5mg の細粒も作っている。

5) コントミン (12.5mg)

陽性症状の強いピック病の第一選択。医療保護入院せずに済む場合が多い。

処方例) mild	コントミン(12.5)	1 錠 (分2)
Moderate	コントミン(12.5)	2.5 錠 (1-0.5-1)
Maximum	コントミン(12.5)	6 錠 (分3)

ATD においては、グラマリール、セロクエルといった第一選択が効かない患者への第二選択のトップ。

なお、セロクエルを使いたいが糖尿病がある場合は、コントミンが第一選択となる。肝障害は5%以上におきる。胆汁うっ滞タイプで T-Bil 上昇は4を超える。それでもピック病には最高にマッチする。

6) ルーラン (4mg, 8mg)

体が弱っていて大声を出す患者に。4mg 錠を 1 日 1-6 錠。あまりふらつかないの
で使いやすい。効かないことも少なくない。

7) リスパダール (0.5mg, 1mg)

暴力に屯用で。精神科医が好んで処方するが、パーキンソニズムの悪化は必須。暴力的で拒薬するときは 1mg か 2mg シロップを 1 日 3 回まで。常用は望ましくない。

8) テトラミド (10mg)

不機嫌、暴力に。10mg 程度を就寝前に 2 錠。

9) その他 : テグレートル、ジブレキサザイデイス

加味帰脾湯 改善率は高くないが、もともと神経質な患者の不安などに、何を出しても安定しないときに加えてみる。

注意 「**奇異反応**」20 人に 1 人の割合で、かえって興奮することがある。

方針 各種抑制系の 3-4 種併用でも陽性症状がとれず、体幹傾斜や嚥下障害が生じた場合は、処方でのコントロールを**あきらめて閉鎖病棟に入院させる**。

健康補助食品 フェルガード 100Mが静穏作用を持つという考え方もあるが、やはり抑制系薬剤で患者の陽性症状を鎮めてから中核症状を改善させようとする手技が基本となる。いかなる抑制系薬剤を試しても用量を増やしても安定しない場合、フェルガード 100M が起死回生に患者を安定させることがある。いわば最後の救援投手の候補である。その場合抑制系を全廃できる。

興奮系薬剤を処方する

1) アリセプト

- ATD、混合型認知症、DLB、稀にピック病に処方する。
- レセプト上は 3mg(14 日)→5mg(28 日)→10mg が求められる。**いわゆるアリセプト 5mg 問題**と呼び、全国的に問題化している。5mg と決めずに適宜増減が望ましいが精神科医以外のレセプトでは 5mg しか認められない場合がある。アリセプトを 6mg 以上で処方する場合は、重度アルツハイマー型認知症との記載が求められる場合がある。
- 私の一般的な増やし方：1.5mg 2.5mg 5mg 6.5mg 8mg 10mg
- 私の DLB での増やし方：0.5mg 1mg 1.67mg 2.5mg 3mg 5mg 中には 0.83mg も
- 下痢：ブスコパン併用 や 分2投与 例) 1.67mg (分2)
易怒：グラマリール併用 や 分2投与

2) サアミオン

- 脳血管性うつ状態、VaD（うつ状態）の第一選択。チョウトウサンを併用してもよい。
- アリセプトを増量できないが、元気にさせたい DLB に。あまり抗パ薬を増やしたくない時。
- 階段昇降などの筋力をアップさせたいとき
易怒の患者には、サアミオン細粒 6mg (分2) やグラマリール少量の併用。
- 血管因子による尿失禁を消したいとき
プレタール(50) 1日 2-3 錠と併用。但し、安静時心拍 85 以上、心不全既往、下肢浮腫あり、ならプラビックスを。(保険適応は脳梗塞である)

3) ワイパックス

- 認知症ではあるが、うつ病（不定愁訴）合併の疑いが強い場合。0.5mg 錠を 1日 3-6 錠
食欲のないうつ状態には、パーキンソニズムがなければドグマチール少量を使用してよい。

4) ニコリン H 注射

- DLB の意識障害にニコリン H500mg を筋注ないし 1000mg を 5%ブドウ糖 5ml 程度にまぜてゆっくり静注（点滴する必要はない）。月に 1-6 回程度。NPH に使うことも。頭部外傷後や脳卒中の意識障害が適応症となっており、変性疾患のせん妄は意識障害ではないと理解する審査員もいる。
- DLB などのせん妄、被害妄想から来る拒食、拒薬に 500mg を 5 日連続程度行くと改善することがある。(自費が望ましい)

5) シンメトレル

- NPH の意識障害や歩行障害に。髄液排除 28ml が第一選択だが、処方としてはサアミオンと併用。1日 150mg まで。
- DLB には原則として使わない（幻覚悪化）が、シンメトレルが必要な患者も稀に見られる。
- パーキンソニズムに多用されるがあまり効かない。抗パ剤に併用。

6) ANM176、フェルガード 100M

- 健康補助食品であるが、中核症状、陰性症状の改善率は薬以上である。ANM176 は改善者 10 人に対して 1 人の割合でやや怒りっぽくなるという興奮性が見られる。

ANM176 とフェルガード 100M は取り扱い会社が異なり、フェルガード 100M は興奮性を持つ成分（ガーデンアンゼリカ）が ANM176 の 1/5 に抑えられている。

- 成分は米ぬかに多く含まれる**フェルラ酸**と**ガーデンアンゼリカ(西洋トウキ)**。フェルラ酸はアミロイドを凝集させない作用があり、ATD の完全進行阻止作用がある。ガーデンアンゼリカは、ニューロンを新生する作用があるので ATD 以外の脳疾患にも有効。会社と組成は次のとおりである。

会 社	商品名	フェルラ酸	ガーデンアンゼリカ （1包あたり）
エイワシー（埼玉）	ANM176	100mg	100mg
グロービア（東京）	フェルガード 100M	100mg	20mg

効能 7 割の ATD 患者の中核、陰性症状を改善する。1日 2～3 包服用（食直前がよい）。健常人やうつ病、統合失調症が服用しても害はない。DLB、ピック病、FTD（非ピック）、DNTC にも ATD 以上に高い確率で有効である。脳障害改善作用以外にも多岐な作用が期待できる。

- ①脳内のアミロイドが凝集するのを不安定化すること、②脳脊髄関門を通過すること、③ ATD モデルネズミの実験では、正常ネズミよりも記憶が高くなること、④韓国、日本の ATD 患者で明らかな改善が証明されている。

- アリセプトが最初の 1 年で効果が鈍るのに対して、ANM176 は長期飲めば飲むほど神経細胞死が阻止されて、樹状突起連絡によって奇跡的な効果が 2 年以降にも期待できる。イチョウ葉エキス、DHA などの健康食品に毎月 1 万円以上使っている人なら、これらをすべてやめてでも導入したほうが得策。

- 改善率は 7 割程度と思われるが、高く評価できることは①アリセプトに反応しなかった患者にも効く点、②ごく初期や末期でも劇的に変化するケースがあること、③ピック病（FTD）や DLB 患者などにも効果が出ること、である。胃ろう、寝たきりの ATD(54) が座位保持、とんかつ咀嚼まで改善したり、翌日からしゃべりだした場合もある。

- 改訂長谷川式スケールが 27 点以上で脳萎縮も軽いが、どうも記憶に切れ味がない初老者には ATD 予防用のフェルガード 100M を開始してよい。

- 陽性症状のためアリセプトを 5mg まで引き揚げられないが進行してゆく患者には、はやめに ANM176 を併用開始する。

- ANM176 でも興奮する患者、消化器症状が出る者が稀にいたので、その場合は残された ANM176 を半分ずつ（つまり 1 日 1 包）に減らし、次回からフェルガード 100M に切り替えるとよい（ガーデンアンゼリカが 20%に減らされていて安価）。

●効果は 10 カ月をめぐりに判断する。表面上効果が確認できなくても ATD なら何らかのメリット（神経細胞の死滅抑制）はあるが、支払えない場合は、フェルガード 100M に落としてもよからう。

●逆に ANM176 を 3 包（1.5 倍）や ANM176 とフェルガード 100M の併用といった強化療法で成功した事例もある。

●何らかの都合で患者が服用できなくなった場合は、家族が服用すればよい。ガーデンアンゼリカがフェルラ酸を増強しているので、玄米を食べたからといって ANM176 のような効果はでない。

●ANM176 については、「認知症治療 28 の満足」（女子栄養大学出版部、2009）に詳しく書いておいた。体裁は一般向けであるが、ここまで高度に処方を書いたものはないであろう。医師の熟読を勧めたい。ほかの医師がここまで書かないのは、レビー小体型認知症の治療メカニズムが頭の中で整理できておらず、治せないからである。

パーキンソニズムに対して

● PD メネシット、マドパーなど L ドーパを使ってよい。

● DLB ペルマックスが一番よい（脱落が少ないから）。

L-dopa をどんどん増やしても副作用が出ない患者は、DLB ではなく、ATD と PD の合併と考える。その患者には薬剤過敏性はないのでアリセプトも 5mg 程度まで増やしても害はないであろう。しかしさすがに 10mg は歩行力保持の面で危険であるため、認知機能障害の進行抑制にフェルガード 100M 併用すべきである。

他のドパミン受容体アゴニストを推薦しない理由は、私の経験が少ないからで、よいものもあるかもしれない。現在検討中である。

● 脳血管性パーキンソニズム サアミオン+プレタールか サアミオン+プラビックス。なお、脳血管性うつ状態には、サアミオン 3錠でできないとき、釣藤散(ちょうとうさん)を加えると興奮系として働いてくれることがある。

● 薬剤性パーキンソニズム ドグマチールの中止

レビー小体型認知症 (DLB)

●アリセプト少量、抑肝散、ペルマックスが三種の神器。しかしパーキンソニズム皆無の患者にあわててペルマックスを処方してはならない。あくまでも対症療法で。認知症にアリセプト、幻視に抑肝散（+アリセプト）、歩行障害にペルマックスを使う。アリセプトの初回量は必ず 1mg 以下にすること（ただし、保険適応は 3mg 開始となっている）。

●奇跡的改善を起こしやすい用量は、アリセプト 1-1.67mg、抑肝散 2 包、ペルマックス 50-100 μ g の組み合わせ。これで反応しない患者にはフェルガード 100M を導入する。

●意識障害の強い DLB は、ニコリン H500mg を筋肉注。これを月に 1-4 回。稀にせん妄（興奮）を起こす患者がいるので注意。本当に元気のない（長い昼寝、診察中の嗜眠）DLB や寝たきり・末期の DLB に施行する。効果がないときは、1000mg 静脈注。自費が望ましい。

●アリセプト過剰は歩行障害、ペルマックス過剰は妄想悪化、抑肝散過剰は低K血症をおこす可能性がある。とくにラシックスと抑肝散の併用は、あらかじめアスparaK散 700-1500mgの併用することもある。痩せて食欲のない患者、下痢気味の患者は低Kが必発。高度な場合は筋けいれんをおこす。

●食欲低下の DLB には、はやくエンシュアリキッドからコールで体重を増やすこと。誤嚥しはじめたら ANM176 を飲ませ（ヨーグルトにまぜて食べさせる。あるいは CRP が上がる前に胃ろうを造って、ANM176、アリセプト細粒 1mg、サアミオン細粒 10-15mg、ペルマックス 50-150 μ g（用事粉碎）を投入。反応すれば、寝たきり&胃ろうの患者が歩行、嚥下可能となる（要介護5が3週間で要介護 1-2 に）。かように DLB は進行が速いが奇跡もおきやすい疾患であり、救命救急の覚悟で治療をあきらめないこと。

●悪夢を見て大声でさけぶ DLB は、当面アリセプトは出さず、抑肝散主体でセレネースかセロクエルをかぶせる。このような陽性 DLB はたいてい車椅子になっているので転倒の危険はない。ニコリン点滴の適応があるかどうか患者によって異なるので医師の経験が必要である。結果は、著効か悪化かに大きく分かれる。ペルマックスは禁止。落ち着いたらアリセプト細粒 0.5mg 開始。（0.5g ではない！）

●ATD の陽性症状に抑肝散は効きにくい。やはりグラマリールが第一選択。抑肝散は意識障害系（DLB、せん妄）によい。ピック病にも合う。

●DLB 患者には数多くのバリエーションがあるので、個々に対応する処方のイメージを表にまとめたので参考にしてください。

通院の DLB に対するバランス天秤法

●わかりやすい説明書（外来の DLB で、家族に調整させる方法）

歩行をよくしたいとき ペルマックスを増やす。アリセプトを減らす。

幻視を減らしたいとき ペルマックスを減らし、抑肝散を増やす。

●歩行も知能もよくしたい ペルマックスを増やし、サアミオンを併用。

●以上の戦略に加えて、フェルガード 100M を導入すれば改善率は相当上昇する。DLB の薬剤過敏性を考慮して DLB にはフェルガード 100M を推奨するが、ANM176（New フェルガード）に代えて初めて元気になる場合もある。

本態性振戦

● アルマールが第一選択

● アルマールで気持ちかわるい、フワフワする患者には

アルマール(10) 1錠（分2）＋ 桂枝加朮附湯(けいしかじゅつぷとう) 3包

幻視に対して

- DLB アリセプト極低用量 ＋ 抑肝散 1-3 包
- 歩行のよいDLBで上記で効果がないとき、セレネース少量の併用可能
- 右前頭葉などの脳障害（梗塞、出血、挫傷）：セレネース
- 精神科医はリスパダールを好むが、もしDLBだったら歩行を遅くする可能性がある。プライマリケア医はセレネースを使いこなして、不応だったらリスパダール少量を試す。
- 幻視をフェルガード 100M だけで消すことは難しい。

ピック病の陽性症状

- コントミンが第一選択。第二選択は、セロクエル＋抑肝散。グラマリールが合うピック病もいる。糖尿病ならコントミン。体が傾斜しているピック病は、DLB でないことを再度確認し、いずれにしても傾斜を起こしやすいセロクエルはやめておくこと。
- コントミン（ウインタミン）は肝障害を起こしやすい。半年で4名経験した。黄疸になる。
- 前頭葉が萎縮したDLB（フロンタルレビー）をピック病と誤診しないように。暴力的、強い幻視のDLBにセロクエル、セレネースを使うこともあるが、少量である。甘いもの好き、万引きについて再度家族に確認をする（ピック病の決め手）
- 前頭葉が萎縮していないのに、前頭葉症状（尿失禁、無言、感覚失語状態、常同など）がある患者は、CTでJobst撮影をしないこと。写真のように撮影装置をOMラインから前方に20度傾けて前頭葉眼窩面を観察する（5mmスライス）。ナイフの刃状萎縮か片側海馬の有意な萎縮がないかを確認。あればピック病である

てんかんに対して

- アリセプトを半減させてデパケンR200 1錠（就寝前）。フラフラで抗てんかん薬が飲めない場合は抑肝散。
- DLBは意識消失発作をおこすことがある。その場合は抗てんかん薬を処方してはいけない。抗てんかん薬は抑制系としてDLBのADLを奪う。

血管因子の制御

プレタール(50) 1－4錠。服用によって心拍数が100を超える人が多いが自覚症状がなければよい。手術2日前に中止すればよい。（パナルジン、アスピリンは7日）。

吐き気、浮遊感、浮腫を訴えるケースがある。心不全のリスクがやや高まる。効果としては嚥下性肺炎、尿失禁の消失報告がある。エビデンスを出したいならサアミオンを併用。イチヨウ葉エキスの併用は、少し危険（血が止まらない）。

プラビックス(50) 2錠。安静時心拍数が85以上の患者、心不全既往歴、浮腫がおきやすい患者は、最初からプレタールはあきらめて、肝障害の既往がないことを確認してプラビックスを処

方。著者の処方患者割合は、プレタール4対プラビックス6くらいである。

ワーファリン、アスピリン製剤 循環器に問題があって循環器専門医がこれらを処方している場合は、こちらを優先する。しかし血管因子が認知症にかなり悪影響を及ぼしている場合、一過性脳虚血発作、先回の CT より PVL が増えた場合は、先方がバイアスピリン1錠（朝）を出していたら、こちらからはプレタール(50)1-2錠（夕、昼夕）を加える方が望ましい。先方には家族を通して、その根拠を伝える。

中核症状に対して

- 1) **アリセプト** 前期興奮（下痢、易怒）後期興奮（こだわり、強情、小刻み歩行）の場合、3日 wash out して半用量で再開。ないしグラマリール(25)2錠併用。平成21年12月にゼリーが発売された。日数制限はない。容量調整しにくい（開封したらその日のうちに食べないといけないから）
- 2) **ANM176、フェルガード 100M** アリセプトに失望した患者、医師にとっての福音。後続のアルツハイマー薬は不要となったとさえ言える。あるいは患者によっては将来のワクチン以上のものである可能性もあり。（抗原抗体反応を利用したワクチンの場合は全員には効かない）。これら食品で改善したあと、併用していたアリセプトをやめていいかどうかは患者によって異なる。やめてみて悪化するなら再開すること。
- 3) **モノクローナル抗体** 現在治験中。AAB-001について
AAB-001 は、ATD の有効な治療薬として最終試験段階にある、初のヒト化モノクローナル抗体。AAB-001 は、脳内から毒性のあるアミロイド・ベータタンパクを除去することを目的としている。国際共同治験である第3相臨床試験プログラムは、2007年12月に開始されたものであり、軽度から中等度の ATD の有効な治療薬となりうる AAB-001 の承認申請の資料となり、また、承認審査を行うための安全性及び有効性データを得ることを意図している（ワイス株式会社 HP より）
- 4) **アリセプト配合剤** 中枢神経系以外の薬物との配合剤が、3年以内に販売されるであろう。
- 5) **フェルガード類** ガーデンアンゼリカ以外のハーブエキス（非公開）を用いた新製品に対する臨床試験をおこなっている。

メタボリックシンドローム

●血圧、血糖、血清コレステロールの制御は、認知症の進行抑制にきわめて重要である。一方過剰な降圧、低血糖も認知機能を低下させることは容易に想像できる。疫学調査でアルツハイマー型認知症の発生頻度を減らしたのがバイロテンシン、アミロイド蓄積を阻止するものとしてディオバン、ミカルデイスが挙げられる。

●過剰な血糖降下をおこさず、HbA1c を1%落とすものとして新薬ジャヌビア(50)が注目されるが1年間は14日処方の制限がある。

●コレステロール低下作用の強いものとしてリピトール(10)が推奨され、80以上の低下が期待できる。中性脂肪に対しては、スタチンではなくベザトール SR、脂肪肝には EPL 6錠が有用である。脳梗塞があれば総コレステロールは180まで落とすべきである。

医師の皆さんへ

- 私の26年間に渡る認知症治療から得た効率のよい治療法を述べました。介護者にとって一番大事なことは、認知症の進行を遅らせることなく、**患者を落ち着かせること**です。アルツハイマーだからアリセプト、脳梗塞だからサアミオン、という処方はやめてください。
- せっかく家族が医師に患者を連れて行っても、薬の副作用（興奮）で他の医師に逃げてゆくということが日常茶飯事でおきています。介護者は疲れていますので、患者よりも介護者を楽にする処方をしてください。
- 約1割の認知症患者は専門医でも病型診断できません。診断を正確にすることに固執せずに患者を穏やかにするための処方することに集中してください。大学病院や総合病院で脳血流シンチなどの精密検査を依頼しようと思う前に、先生が1日も早く治してあげてください。
- 陽性症状を制御する処方をするために、認知症の病型鑑別をする必要はありません。学会に出席しても先生の腕は上がりません。一人でも多くの患者を診てください。患者が教師です。抗うつ薬を処方するなら、相当の覚悟をしてください。なるべく頻回に副作用（元気がない）をチェックしてください。電話でもいいと思います。
- アリセプトのデリケートな処方をする準備のある医師は、コウノメソッド実践医として登録してください。（申し込み用FAXは巻末）

まとめ ー未開の領域「認知症」において画期的な処方を編み出してゆく決意ー

- 認知症に適応が通っているのはアリセプトだけである。しかし、認知症介護の現場において介護者を楽にする処方が最優先されるべきことを考えると、アリセプトは必ずしも介護者を楽にさせる結果だけを生むものではない。
- 日本は多くの薬を選べる恵まれた環境にあるものの、認知症の処方においては精神科医以外の医師の裁量権はあまり認められず、堅苦しい処方を余儀なくされているのが実情である。
- シンメトレルが、脳機能賦活とインフルエンザの双方に効くことと同様に、おそらく抗うつ薬はうつ状態以外の病態にも効く場合がある。そのことに気づいていないと「なぜ、認知症の陽性症状に抗うつ薬が効くのだろう」と疑問を感じてしまうのであろう。つまり抗うつ薬というカテゴリー名は誰かが勝手に決め付けただけである。従って現場では興奮系と抑制系とだけ覚えたほうが薬の適応範囲が広がってゆく。
- 目の前にある薬が、治療に苦勞している患者に劇的に効くはずなのに毎日それを見過ごしている。それは医師の引き出しが少ないからである。すべてを医学書から学ぼうと思うなら平均以下の改善率しかあげられない。常に患者から学ぼうとしなければ新しい治療法は生まれてこない。新聞と同様に医学書にもウソがある。それを見抜く力は、患者数から得られる。
- 主治医は自分だと思うのは横柄である。本当の主治医は患者の家族である。薬の正しい選択や適量を見つけるのは家族である。医師はただ処方するだけで、患者を改善させるのは家族である。その認識に立たないかぎりオーダーメイドの処方はいできない。鍵穴と鍵が合うごとく処方の黄金比が決まれば目を見張るほどの効果が得られる。新薬がなくても認知症は改善する。

FAX 052-624-4005 名古屋フォレストクリニック 河野まで

コウノメソッド実践医、協力薬剤師申し込み用紙

公表の可否

氏 名

医師、薬剤師 丸を → 医師 薬剤師

診療所、病院名

藥局名

科 榜 標

住所 〒

電話番号

FAX 番号

Eメール

【加入の条件】

**実践医について:アリセプトなどの少量投与が処方できる体制にあること(絶対条件)。
ニコリン注射を施行できる(可能なら)。ANM176、フェルガード類の効果を否定しない。
河野医師の処方が奏功している患者が来院した場合、紹介状がなくてもその処方になるべく近いものを処方できる。**

協力薬剤師について:オーダーメイド処方の大切さを理解し、実践医と協調して難しい調合をすることができる。抗うつ薬の怖さを理解している。

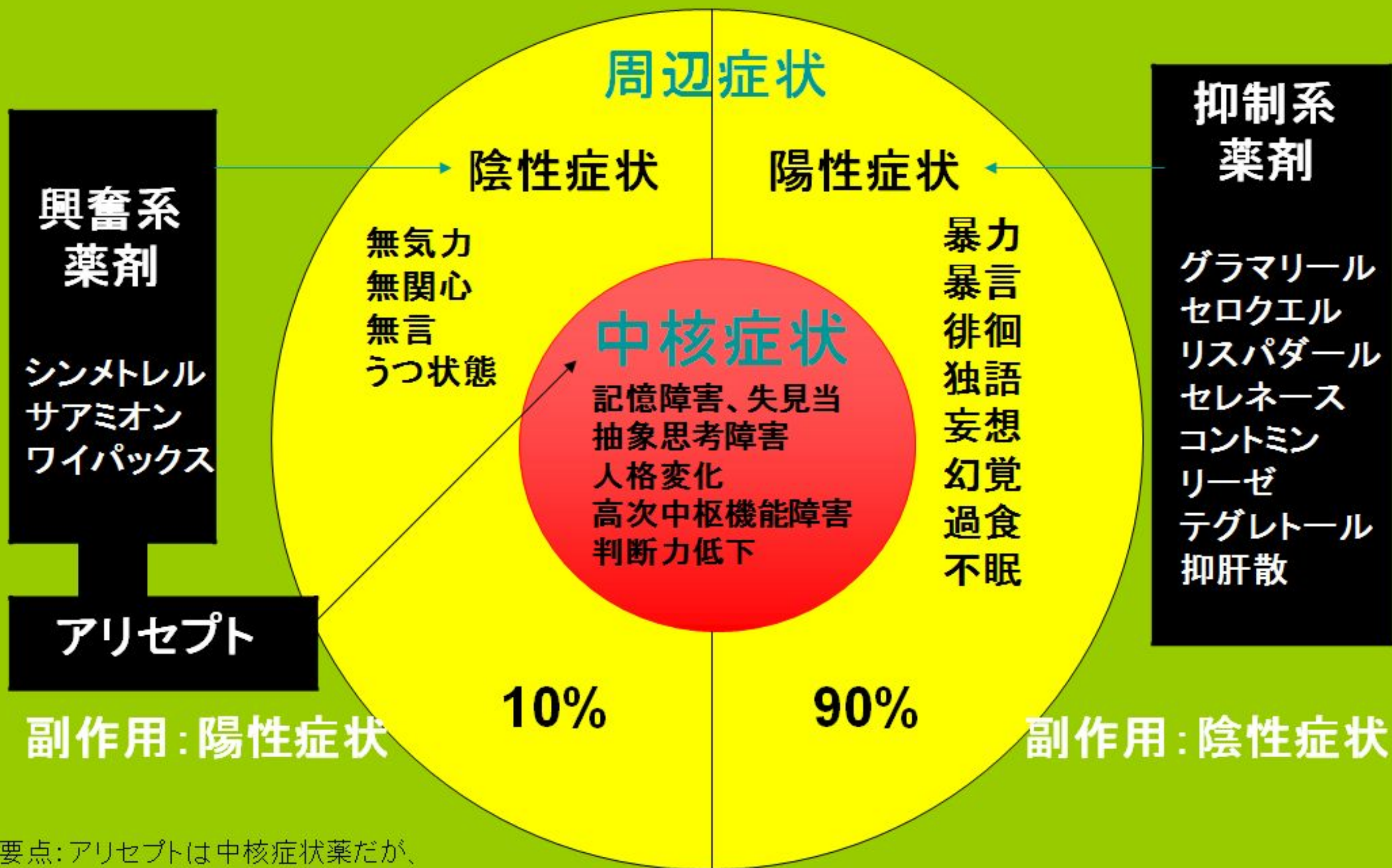
【加入後の権利】 河野医師にメールか FAX で難治患者の診断、治療、調合などについての質問ができる。いつでも脱退できる。

平成 年 月 日

病名、症状		くすりの名前	1錠のmg	朝	昼	夕	就前	他
もの忘れ	興奮系	アリセプト	3 5 10 細粒					
おとなしすぎる		シンメトレル	50 細粒					
		サアミオン 釣藤散	5 3mg細粒 2.5g					
		ワイパックス(30日)ドグマチール(PD禁忌)	0.5 1 100					
		ルシドリール	100 (1日6錠)					
元気すぎる	抑制系	グラマリール＝グリノラート	15mg細粒 25 50					
		セロクエル (糖尿病禁忌)	10mg細粒 25 35mg細粒					
		セレネース＝リントン	0.2mg細粒 0.5mg細粒0.75					
		リスパダール	1 2 3					
		コントミン＝ ウィンタミン	4mg 細粒 6mg細粒 12.5					
		デパケンR ハイセリン テグレート	100 200					
		テトラミド	10 30					
		リーゼ(30日)	0.5 1					
		デパス	5 10					
		ルーラン ジプレキサザイデイス	4 8 16 / 5 10					
		抑肝散 クラシエ抑肝散加陳皮半夏	2.5g 3.75g(1日2回)					
		加味帰脾湯 (不眠、神経症)	2.5g					
	睡眠薬	レンドルミン (30日)	0.25					
		ハルシオン ロヒプノール(30日)	0.125 0.25 1 2					
		ベンザリン (90日)	5 10					
		アモバン(90日) リスミー(90日)	7.5 10 1 2					
		酸棗仁湯 (奇異反応あり)						
非定型うつ病		デプロメール	25 50 75					
		レスリン	25 50					
		パキシル	10 20					
		ジェイゾロフト	25 50					
アルコール依存		シアナマイド液	3－8ml					
トイレ頻回		デトルシトール ベシケア	2 4 5					
		八味地黄丸 清心蓮子飲(尿失禁)	3g					
便秘		センノサイド	12					
		酸化マグネシウム(カマ)						
		アローゼン						
歩行のしにくさ		ペルマックス ビ・シフロール	50μg					
		マドパー メネシット	100 250					
		ドプス	100					
脳梗塞予防		プレタール シロスレットゼリー	50 100					
		プラビックス バファリン81	25 81					
高血圧		バイロテンシン ノルバスク	5 10					
		ディオバン ミカルデイス タトリル(嚥下改善)	80 40 2.5					
		フルイトラン コディオEX(14日)	2					
本態性振戦		アルマール(βブロッカー)	1 2					
低血圧		メトリジン						

病名、症状		くすりの名前	1錠のmg	朝	昼	夕	就前	他
糖尿病		アマリール	(0.5) 1 3					
		アクトス ジャヌビア(14日)	15 30					
		防風通聖散	2.5g					
高脂血症		リピートル、リバロ、ゼチーア (TCに)	5 10					
		ベザトールSR EPL (TGに)	100 200 150					
低カリウム血症		アスパラK	300mg錠 細粒					
浮 腫		エスベリベン ラシックス アルダクソ	20 40 25 50					
健康補助食品(自費)		ANM176 Newフェルガード フェルガード100M						
筋肉注射 静脈注射		ニコリンH(原則自費)	500mg 1000mg	月に1-4回				
感 冒		コタロー麻黄附子細辛湯カプセル	1日6C					
気管支喘息		テオドール	100 200					
咳		カフコデN	1日6錠					
鼻炎		クラシエ小青竜湯錠	1日18錠					
こむらがえり		芍薬甘草湯						
急性上気道感染		メイアクト						
痛み		ボルタレンSR ロキソニン	32.5					
		ロキソニンテープ (はがれない)						
		MS温シップ						

認知症への処方でもっとも大事な概念



要点：アリセプトは中核症状薬だが、
実は興奮系に属しているという点がポイント

コウノメソッドDLB-2 (DLBタイプ別治療指針改訂版)

コウノ分類	旧 小阪 分類	認知 機能 低下	パーキン ソンニ ズム	幻視 妄想	薬剤 過敏 性	脳 萎縮	アリセ プト平 均値	ペル マック ス(50)	抑肝 散 (包)	F100M期 待度 他の薬
典型例		●	●	●	●●	●	1.67 mg	1-4 Tab	2 包	●●● サアミオン
アルツハ イマー タイプ	LBD- D	●● ●		●	●	●●	3-5 mg	禁忌	1 包	●●●
パーキン ソン タイプ	LBD- P	●	●●	●	●●		0-1 mg	2-6 Tab	必要 時	● Lドパ
意識消失 例(自律神 経失調)	LBD- A	●	●	●	●	●	2 mg	3-6 Tab	原則 禁止	●●● サアミオン ニコリン
ピック様 タイプ(叫 び)		●●		●●	●	●●	原則 禁止		2-4 包	●●セロク エルかコント ミン少量
幻視妄想 タイプ				●● ●	●	●	1 mg	0-1 Tab	3-4 包	●セネース 少量、時にニ コリン著効

パーキンソニズムの存在を知る最も確実な方法 :『歯車現象』の調べ方



アリセプトの副次作用に注意

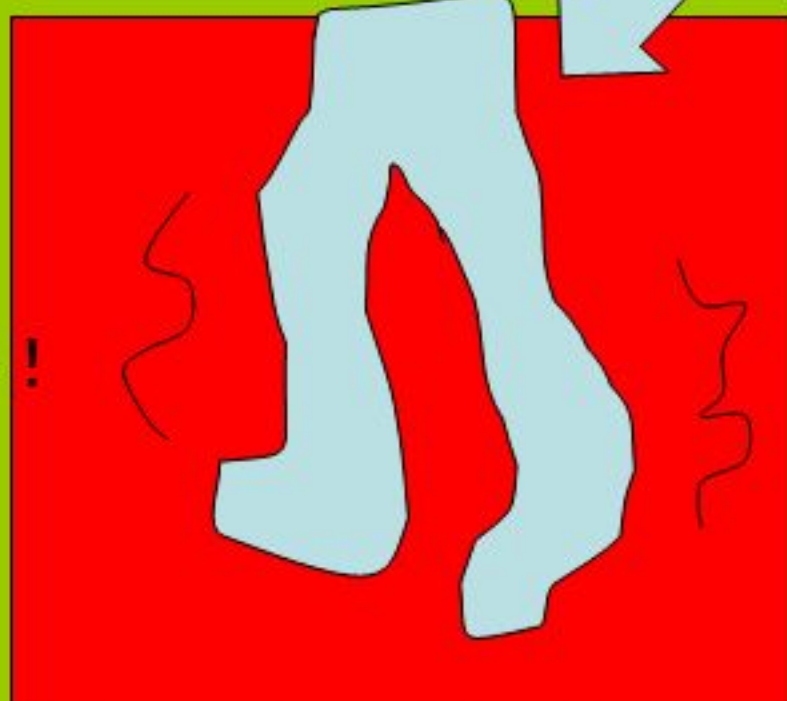
アリセプトは
5mg飲ませる
規則だ。

アリセプトが
5mgに増量
される



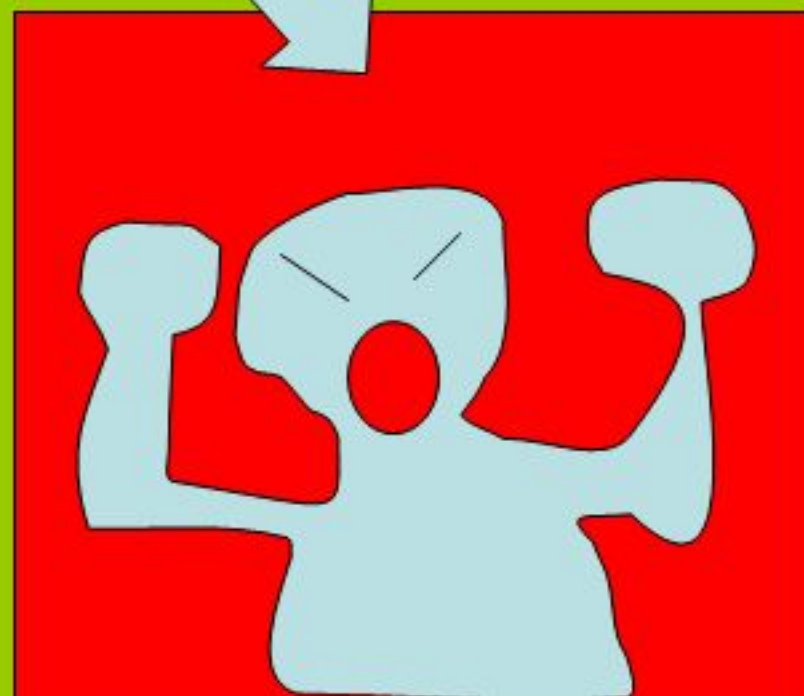
かかりつけ医

専門医は、なんとか少量
処方するよう工夫しています。



足が出にくい！

アルツハイマー型ではなく、
レビー小体型認知症なのです。



怒りっぽい！
頑固になった！

アリセプトを3日ほど休んで
2.5mgで再開しよう。

DLBへの処方

～対症療法（オーダーメイド）がよい～

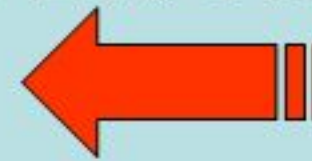
治療目的	適応薬	患者の 3タイプ
知能を あげたい	アリセプト少量	
歩行を よくしたい	パーキンソン病治療薬 （ペルマックス） 少量	
幻視を とりたい	抑肝散	

注意：パーキンソニズムがまったくない患者にペルマックスを飲ませてはならない。

DLBにおける 標的症狀と処方の主作用、副次作用の関係



改善させる関係



悪化させる関係

知能を上げたい
(認知症の中核症状)

歩行を改善したい
(パーキンソニズム)

アリセプト少量



ペルマックスなど

幻視・妄想を消したい
(認知症の陽性症状)

抑肝散

補足：食欲を落す可能性がある薬： ペルマックス＞アリセプト＞抑肝散

DLBの 嗜眠、せん妄、意識消失の違いと処方



陰性症状



陽性症状



自律神経症状

興奮系

ニコリン アリセプト1-5mg

アリセプト 0.5-1.5mg

サアミオン ペルマックス メトリジン

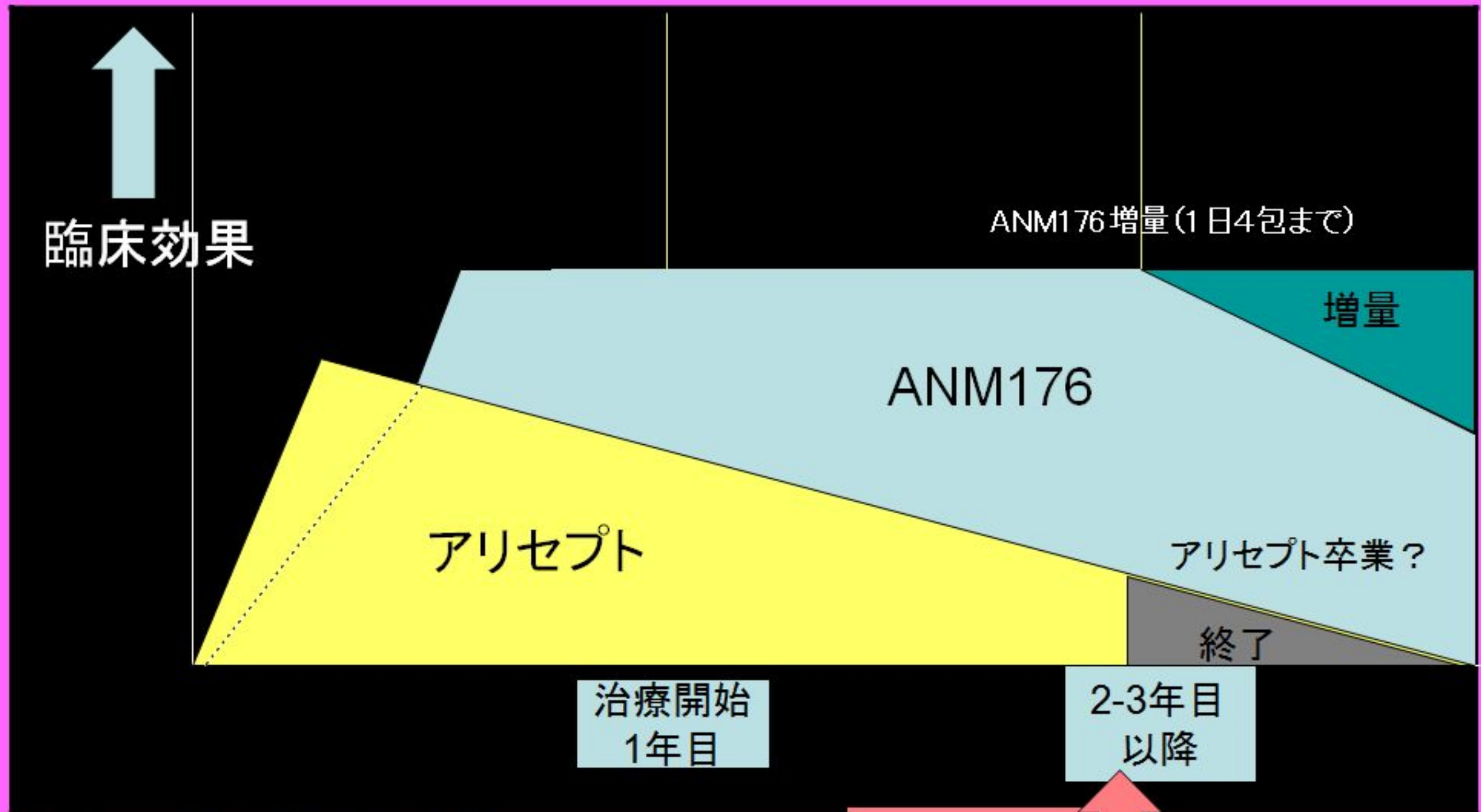
抑制系

抑肝散 セロクエル少量

魔術系

フェルガード100M × 1-4

アリセプトとANM176の 期待できる薬効の強さと持続 ～概念図～



アリセプト 5mgで1-2年効果がなかったら
3ヶ月程度ANM176を併用し、アリセプトの
副次作用が出やすい患者は、その後ANM176だけにする。

アリセプトの
副次作用

フェルラ酸とガーデンアンゼリカの相加作用

フェルラ酸

ガーデン
アンゼリカ

神経細胞死抑制

1

βアミロイドが毒性を持つ過程を阻止。

2

強い抗酸化作用

細胞死の後TNFαが上昇して二次性炎症がおきるのを阻止

神経再生

1

neurogenesis

2

アストロサイトがニューロンになるのを促進。
(ニューロンのネットワークを再構築)

ATDの特効薬。死んだ細胞には効かない。
早期から使ったほうがよい。

死んだ細胞にも有効。

ATD以外の認知症にも有効である根拠。

neurogenesis, the creation of new brain cells

TNF, tumor necrosis factor

ANM176 とフェルガード100の違い

フェルラ酸：老人斑形成阻止
抗酸化作用

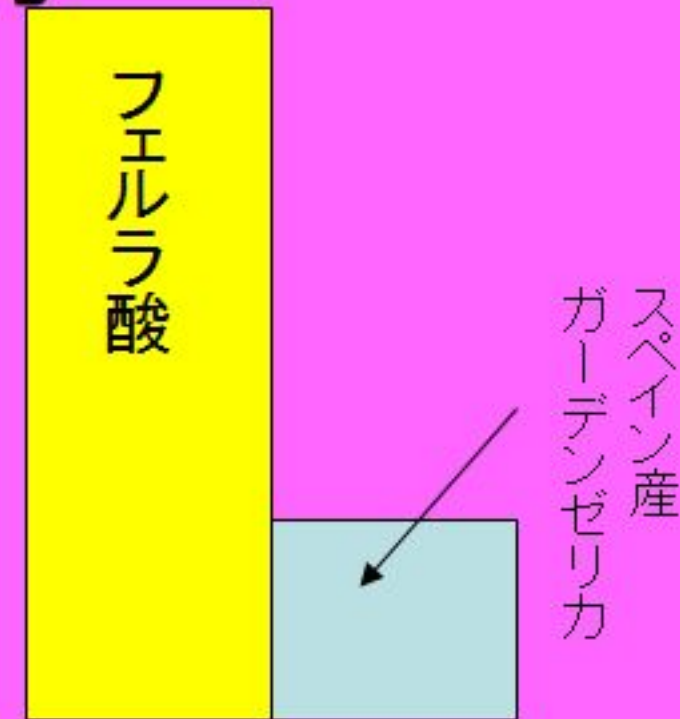
ガーデンアンゼリカ：ニューロン新生。
10%の患者にやや興奮作用あり

• クリックしてテキストを入力



ANM176

ATD
DNTC
嚥下障害 NPH



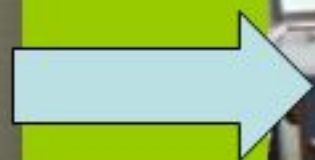
フェルガード100M

ATD予防(健常人)
DLB
ピック病 FTD(非ピック)

ANM176×2 翌日から 自発的に発語、握手を求めてきた重症ATD



コミュニケーションはとれず
愛想笑いも弱々しく、
全裸になることもあった。



毎日のように面会に来る奥さんが思い
が強く、ANM176を勧めた。翌日自分
から話し自然の笑顔。握手も！

DLB: 抑肝散3包と ANM176



5カ月



マドパー3T継続 F100M×2 の一方
をANM176に代えて抑肝散3包追加。
ほぼ自立の状態に
アリセプトは合わなかった。

フェルガード100M × 2で明るくなったFTD (緩徐進行性失語)



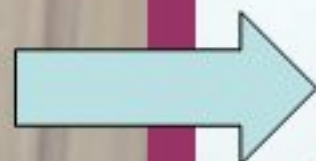
2.5ヶ月



対策：アリセプト5mgを2.5mgに
減らしてよい

F 100M×1 for Pick's disease (severe)

2日後から返事、箸の使用が可能に、便失禁消失



レビーミックス+NPH

3カ月間歩けなかったがフェルガード100M×2で突然歩き出した。車椅子不要に。



2008.7



2009 3



2009.11

アリセプト0.5mg
サアミオン 3錠
ペルマックス(50) 1錠
コメリアンコーワ(50) 6錠
プレタール(50)1錠 バイロテンシン10mg

レビーミックス:DLB+VaD

胃ろう患者の嚥下が復活！

ANM176を注入



もう一生
食べら
れない
んだ

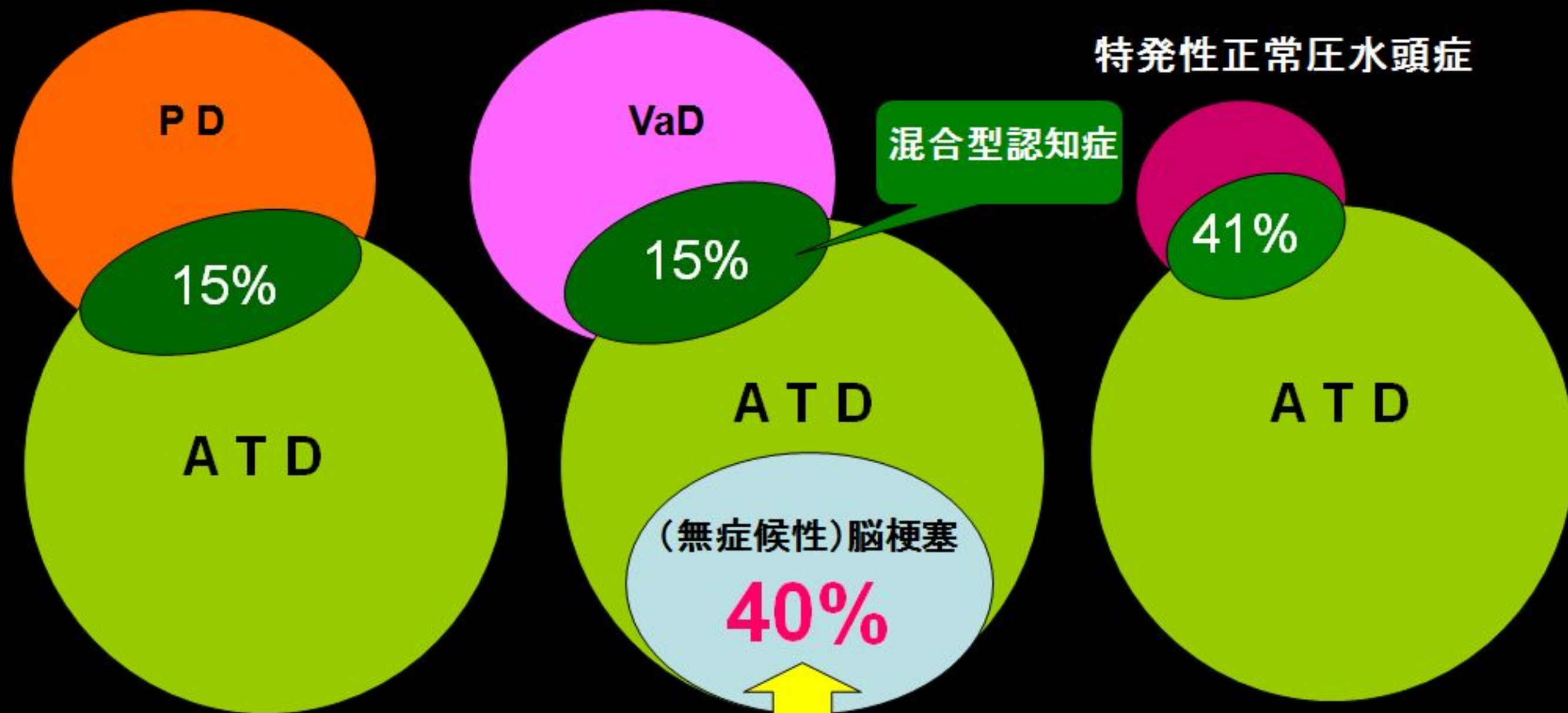


生きてて
よかった！お
いしいよ



信じがたいことですが、末期の認知症患者でも
嚥下できるようになります。噛めば意識もはっきりします。

ATDにおける 認知症疾患の合併 **合併率** と血管因子 **合併率**



剖検の結果
Jellinger KA, 1996

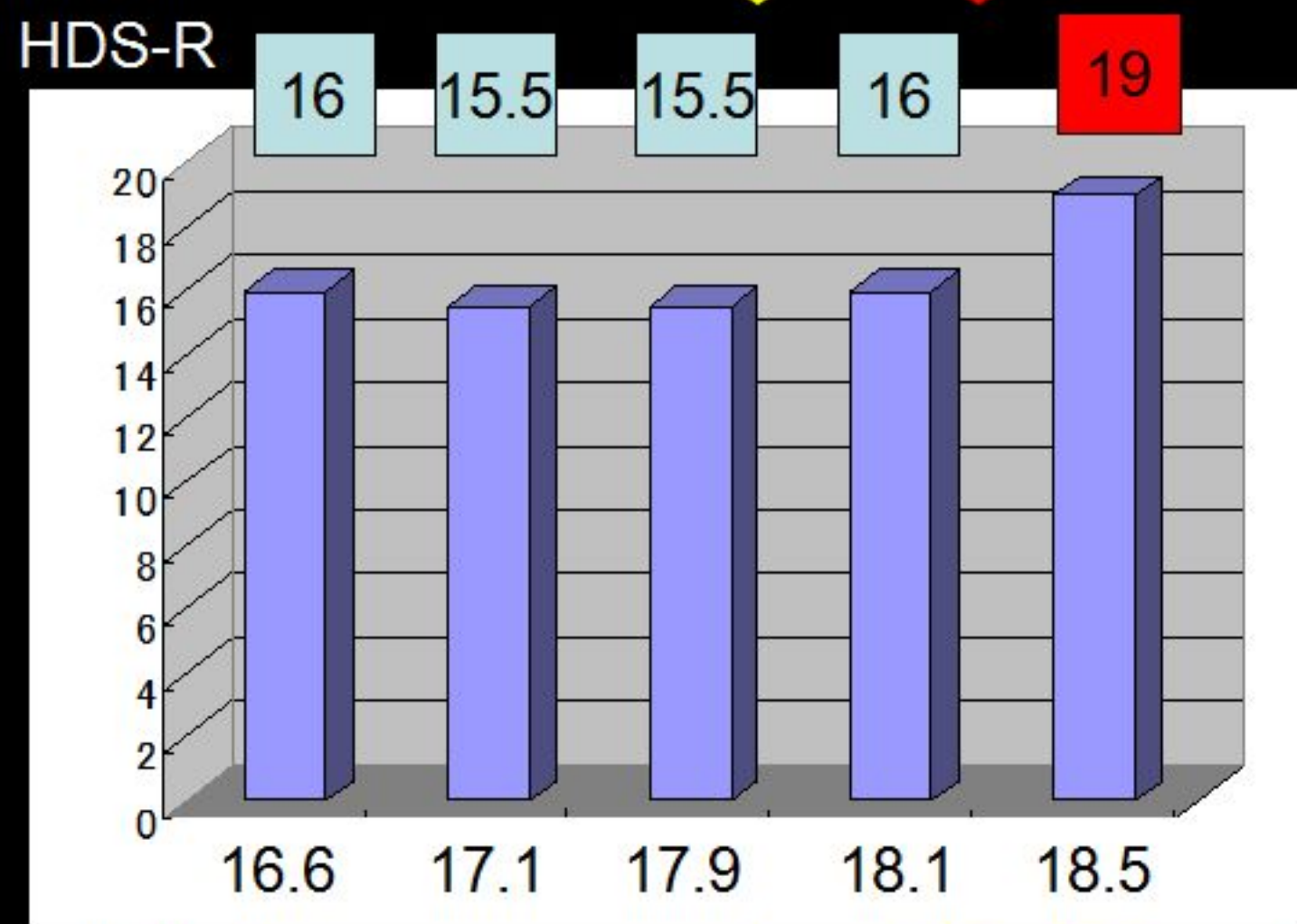
血管因子

シャント手術中の生検
Golomb J et al.2000

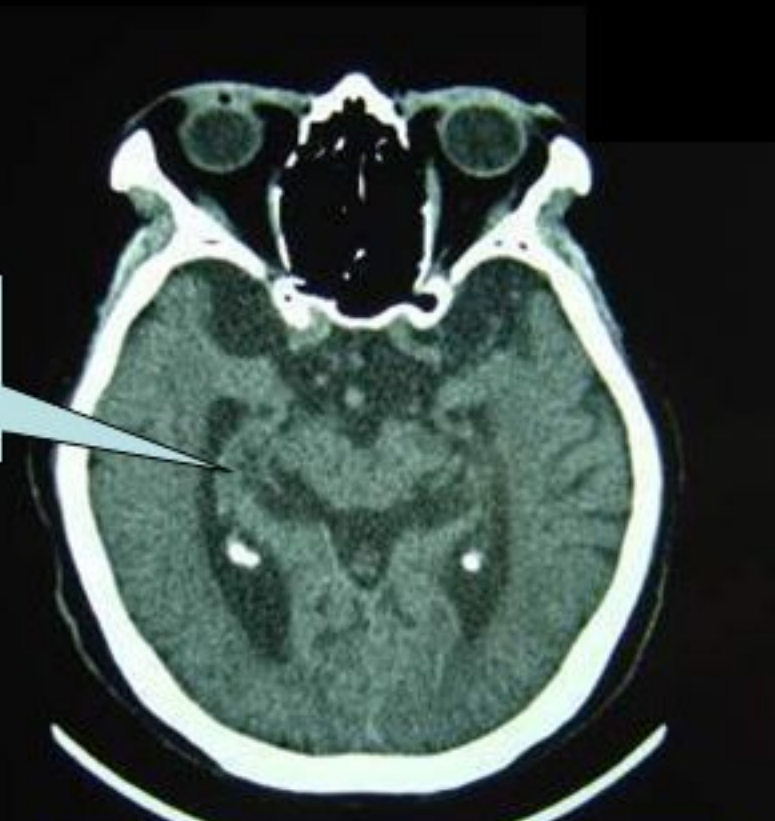
71歳から75歳まで
通院してきたATD。
初診時HDS-R 25。

無気力

歩行速度低下
尿失禁悪化



ATD



高度な海馬萎縮
(OMラインより20度傾斜して撮影)

血管
因子

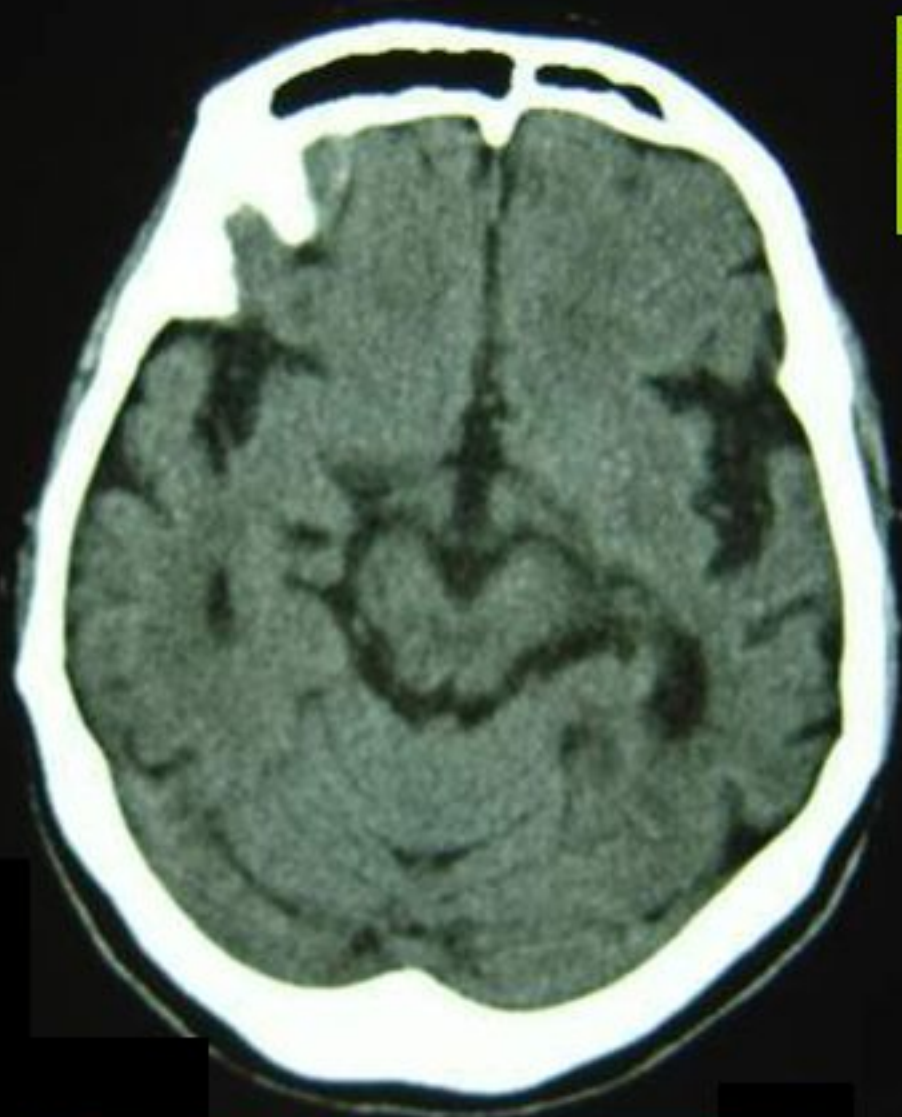


比較的強いPVL
(OMライン)

ATD アリセプト5mg
易怒 グラマリール25mg + リーゼ5mg
虚血症状 サアミオン7mg
プレタール100mg

アリセプトの効果を増す手法
血管因子にアプローチ

CTのJobst撮影でピック病を確定できる所見が観察できた症例



57歳女性 HDS-R 6
甘いもの好き

L



ナイフの
刃状萎縮

R

片側優位の
強い海馬萎縮



認知症タイプ別発病前後の治療戦略

病 型	ハイリスク (危険度が 高い状態)	発病前の 病 態 (対策)	発病後の対策	
			第一選択	第二選択
アルツハイマー 型認知症	健康な女性	軽度認知機能障害 (F100M)	アリセプト	ANM176
レビー小体型 認知症	まじめ一本	パーキンソニズム (ペルマックス) 幻視 (抑肝散)	意識障害: ニコリン注射(自費) 一般: カクテル	F100M
ピック病	離婚、独身 脳外科手術	協調性の欠如	コトミン	F100M
脳血管性 認知症	動脈硬化の 強い男性	無症候性脳梗塞 (血小板抑制剤と イチョウ葉エキス)	陰性: サアミオン 陽性: グラマ リール	陰性: ANM176 陽性: F100M
正常圧水頭症	クモ膜下血腫の既往 他の認知症	尿失禁、すり足 歩行 (髄液排除)	サアミオンと シンメトレル	ニコリン注射(自費)とANM176

イチョウ葉エキス: 各自購入のこと(効かないという報道があるが、効くということは過去に決定済み)
 陰性: 元気がない患者 陽性: 怒りっぽい患者 カクテル: アリセプト少量+ペルマックス少量+抑肝散

中枢神経系生活習慣病の 一次予防から三次予防まで

	一次予防	二次予防	三次予防
意 義	動脈硬化の危険因子を発生させない。	イベント(脳卒中)を起さない。	合併症、認知症をおこさない。要介護にならない。
状 態 (およその年齢)	自 立 30歳以上	自 立 48歳以上	要支援、要介護1 68歳以上
健診結果	正 常	高血圧、糖尿病、高脂血症	MCI、軽度認知症 脳梗塞、脳萎縮
注意事項 対 策	頭部打撲しない。 食生活(五分～七分搗き、納豆、青魚、減塩、減脂)	上記の早期治療開始。 時々頭部MRI(脳ドック)。 食後20分歩行。 引退しても社会的活動を続けること。 フェルガード100M開始。	音読。デイサービス。 脳梗塞:血小板抑制剤とイチヨウ葉エキス 脳萎縮:ANM176とアリセプトを早く試す。

心筋梗塞やがんについては省略した。