

<シンポジウム (4)-13-5 >日本神経学会編纂診療ガイドラインの現況と将来展望

診療所におけるパーキンソン病診療とガイドライン

立岡 良久¹⁾

(臨床神経 2013;53:1351)

当院は外来診療のみをおこなう診療所であるため、病院診療とはことなる対応が必要となる。未診断患者の受診が多いが、入院必要時や進行期で通院困難となったばあいの対策が重要となる。

初診の来院経路は、何らかの症状を自覚して来院、前医より転院希望、他疾患で当院通院中に発症、セカンドオピニオンを求めてなどである。未治療患者の薬物治療開始時期と薬剤選択が重要であるが、カウンセリングはさらに重要である。初診約1年前にパーキンソン病と診断され治療開始されたが、嘔気が出現し不安となり通院を中断した症例、他疾患で通院中に右上肢のこわばりを訴え頸部四肢に固縮をみとめる症例を提示する。このようなばあいにはガイドラインの「CQ1-1 パーキンソン病の薬物治療はいつから開始すべきか」、「CQ3-2 リハビリテーションは運動療法改善に有効か」、「CQ3-3 教育、カウンセリング、食事などの非薬物療法は運動症状改善に有効か」などの項目が有用である。

通院中に症状を悪化させないための工夫を知っておくことが不要な入院治療を回避するためにも重要である。「CQ1-7 パーキンソンニズムを出現・悪化させる薬剤は何か」と「CQ1-12 悪性症候群の予防・治療はどうするか」の記載内容が役立つが、実際臨床では悪性症候群とまではいたらない症状の悪

化に遭遇することはまれではない。原因としては薬剤性（ドパミン拮抗薬、PPI など）、服薬忘れ（中断）、便秘（イレウス）、下痢、脱水、感染症、発熱、牛乳で服薬、過度の緊張や不安などである。まとめて一覧できるCQがあると有用と思われる。

経過中に入院が必要となる事態は避けられない。当院で経験した要入院合併症は、大腿骨頸部骨折、外傷性気胸、癌（胃、大腸、前立腺、副腎）、十二指腸潰瘍穿孔、胆嚢炎、イレウス、肺炎、脱水、SIADH、糖尿病、心筋梗塞、心弁膜症、腹部大動脈瘤などである。入院先に専門医がいないばあいは往診、電話、FAX、emailなどで点滴メニューの指示など緊密な情報交換を要する。進行期には服薬管理、体調栄養管理、リハビリテーションなどが一層重要となり、月に1回程度の通院診療だけでは不十分となる。このため訪問診療医、訪問看護、訪問リハ、介護施設（デイサービス、デイケア、ショートステイ、ヘルパー）などの複数の施設が治療に介入する必要があり、緊密な情報交換が重要である。医療連携に関するCQも必要と思われる。

※本論文に関連し、開示すべきCOI状態にある企業、組織、団体はいずれもありません。

Abstract

Practice of the Parkinson's disease in the neurology clinic and the role of Guideline

Yoshihisa Tatsuoka, M.D., Ph.D.¹⁾

¹⁾Tatsuoka Neurology Clinic

(Clin Neurol 2013;53:1351)

¹⁾ 医療法人立岡神経内科 [〒600-8811 京都市下京区中堂寺坊城町 35-3]
(受付日：2013年6月1日)