

特別講演 座長 直江 寿一郎 先生 医療法人社団 旭川圭泉会病院 院長

演者 池田 学 先生 熊本大学大学院 生命科学研究部 神経精神医学分野 教授



J.Naoe

M.Ikeda



「認知症の診断における症候学的重要性」

まず“認知症であるか否か”を診断する

認知症の医療では、「正確な早期診断」、「的確な治療や介護計画の立案」、「精神症状や行動障害（BPSD）の治療」、「身体合併症への対応」が重要となる。また、ここ約10年で治療の選択肢が広がったため、まずは正確な診断をどのように行うかは大きなポイントとなる。

認知症の診断では、目の前の高齢者が“認知症であるか否か”を診断することが重要となるが、それは軽症であるほど難しいため、継続的に患者を診ていくことも欠かせない。認知症と間違えやすい状態としては、「正常老化による物忘れ」、「(老年期の)うつ病」、「(認知症がない)せん妄」などがある。老年期のうつ病は、抑うつ症状や悲哀感が目立たない一方、頑固な便秘や肩こりなど心気的または身体的訴えが続く例が多いことが特徴である。さらに、認知機能障害を伴いやすく、MMSE（Mini-Mental State Examination）や長谷川式簡易知能評価スケールでは初期のアルツハイマー病（AD）と同じようなスコアを示し、集中力の低下や物忘れのエピソードもみられることから、鑑別が非常に難しい。また、初期の認知症にはしばしば抑うつ状態が合併しているため、認知症なのか、老年期のうつ病なのか、またはうつ病が合併した認知症なのかを鑑別していくなければならない。

“治療の可能性が異なる認知症”を見極める

認知症の原因疾患は多岐にわたっており、①「治療が困難」であるAD、レビー小体型認知症（DLB）、前頭側頭葉変性症（ピック病、FTLD）などの神経変性疾患、②「予防が重要」な血管障害、さらに③治療で改善する可能性がある特発性正常圧水頭症（iNPH）や慢性硬膜下血腫などの3つに大きく分けられる（図1）。iNPHや慢性硬膜下血腫は年々診断される例が増加しており、熊本県の地域拠点型精神科病院専門外来初診の連続100例のデータでも、13%にうつ病やiNPH、慢性硬膜下血腫などの病態がみられたことから、まずは根本的治療の可能性がある疾患をきちんと見極めることが重要である。

治療が可能な認知症の代表格は、iNPHと慢性硬膜下血腫である。iNPHは高位円蓋部の脳溝の狭小化と脳室の拡大がみられ、歩行障害や尿失禁、認知機能障害が1～2年のうちに現れると強く疑われる。また、慢性硬膜下血腫は2～3カ月前までは何ら問題のない生活をしていたにもかかわらず坂を転がり落ちるよう興奮や記憶障害がみられるようになり、続いてふらつきによる歩行障害が現れ、受診時には車椅子で傾眠傾向であることが多い。2～3年かけてゆっくりと

進行するADのような変性疾患や小血管性の血管性認知症とは経過が異なるため、急に症状が悪化したようなときには慢性硬膜下血腫を疑い、CTを撮って鑑別することが勧められる。

“初期症状からAD、DLB、FTD”を鑑別する

認知症の原因疾患別の初期症状をみると、ADでは記憶障害が最も重要で突出して多く、前頭側頭型認知症（FTD）では常同行動や無関心（アパシー）などの行動障害がみられる（図2）。初期ADにみられる認知機能障害は「近時記憶障害」であり、最近の出来事が思い出せず、新しい事柄が学習できない障害であるため、診断ではごく最近のこと尋ねることがポイントである。また、ADでは相対的に前頭葉の機能が残ることによって社会性が残るため、初期ADの行動特徴に注目すると血管性認知症やFTDではみられない「取り繕い」反応が非常に目立つ。さらに、アパシーや抑うつも高頻度で

図1. 認知症の原因疾患

① 治療が困難な疾患

- ・アルツハイマー病、レビー小体型認知症、前頭側頭葉変性症（ピック病）、脊髄小脳変性症などの変性性疾患

② 予防が重要な疾患

- ・多発性脳梗塞、脳出血、Binswanger症などの血管障害

③ 治療が可能な疾患

- ・正常圧水頭症、慢性硬膜下血腫、脳腫瘍などの外科的疾患
- ・甲状腺機能低下症、ビタミン欠乏症などの代謝性疾患
- ・脳炎、髄膜炎などの炎症性疾患
- ・廃用症候群（これは他の認知症に合併することが多いので注意が必要）

池田 学 先生 ご提供

図2. 疾患別の初発症状

