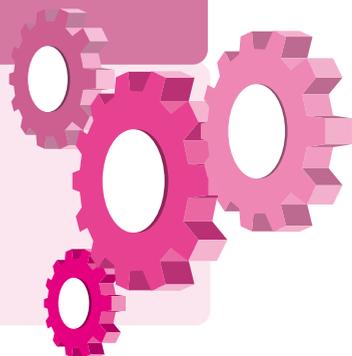


認知症のみかた，考えかた

高尾昌樹 編集

国立精神・神経医療研究センター病院
特命副院長 / 臨床検査部・総合内科部長

中外医学社



1 診察，症候学

はじめに

認知症とは、「いったん正常に発達した知能（脳）に何らかの原因で記憶・判断力などの障害が起き、日常生活がうまく行えなくなるような病的状態」をいう。その症状は、記憶障害などの中核症状と、妄想，不安，抑うつなどの周辺症状に分けられる **表1**。

認知症もしくは認知症様の症状をしめす疾患は多数ある **表2**。しかし，アルツハイマー型認知症が大半を占め，血管性認知症，レビー小体型認知症 / 認知症を伴うパーキンソン病，前頭側頭型認知症と続く¹⁾。つまり，アルツハイマー型認知症以外の認知症を的確に鑑別し，特に“治療可能な認知症” **表3** を見落とさないことが重要である。

表1 中核症状と周辺症状

中核症状	記憶障害，見当識障害，実行機能障害，理解・判断力の低下，失語，失行・失認
周辺症状など	妄想，不安，抑うつ，興奮，徘徊，不眠，幻覚・錯覚，意欲の低下，暴力・暴言，睡眠障害，介護拒否，帰宅願望，失禁・弄便，昼夜逆転，火の不始末，異食行動，性的問題行動など

表3 治療可能な認知症

脳血管障害	慢性硬膜下血腫, 脳出血, 脳梗塞
感染症	単純ヘルペス脳炎, 進行麻痺 (神経梅毒), HIV 感染症, 急性化膿性髄膜炎, 脳膿瘍
自己免疫疾患	自己免疫性辺縁系脳炎, 多発性硬化症, 神経ベーチェット病, シェーグレン症候群
内分泌異常	甲状腺機能低下症, 下垂体機能低下症, 副腎機能低下症, 副甲状腺機能亢進または低下症, Cushing 症候群, 高血糖
代謝異常	肝性脳症, 肺性脳症, 電解質異常 (高・低 Na 血症, 高・低 K 血症, 高・低 Ca 血症), 慢性腎不全, ビタミン欠乏症 (ビタミン B ₁ , B ₁₂ , D, 葉酸, ナイアシン)
中毒	水銀中毒, 一酸化炭素中毒, 薬物中毒, アルコール
その他	脳腫瘍, 正常圧水頭症

問診

認知症診療では、患者からの問診が正確でないことがしばしばあり、同伴者がいない場合には、次回以降、介護者の同伴を指示する。できれば、患者と介護者を別々に問診したほうがよいが、介護者と同時に問診をする場合は、自尊心を傷つけないように、最初に患者に問診をする。患者が、「認知症」「もの忘れ」が NG ワードの場合があり注意する。問診票や自記式質問票を活用する。認知症と区別すべき病態として、抑うつやせん妄があり、問診をしながら鑑別する **表4**。

問診中の患者の態度も重要で、アルツハイマー型認知症では、質問に対する回答がわからないときに家族などの同伴者のほうを振り返り助けを求める反応（振り返り）や、記憶障害があるのをうまくごまかすために相手に話を合わせて忘れてしまったことを憶えているかのように振る舞う反応（取り繕い）を認める^{2,3)}。前頭側頭型認知症では、関心がなくなると診察室や検査室から勝手に出て行ってしまうという「立ち去り行動」を認めることがある。

A 主訴

どのような症状か、いつ頃から始まったのかを確認する。“もの忘れ”は、加齢によるもの忘れを区別する **表5**。“もの忘れ”以外の周辺症状が主訴の場合、アルツハイマー型認知症以外の疾患の可能性が高い。

B 発症様式

発症が、急性か、潜行性なのか、経過が、急速進行性か、階段状か、緩徐進行性かなどを確認する。急速進行性の場合には、プリオン病や、慢性硬膜下血腫や辺縁

とどまらず突進する，もしくは，転倒する場合には突進現象（pulsion）陽性とする．被検者に声かけをし，転倒しそうな場合に支えられるようにしておく．進行性核上性麻痺の中核となる臨床的特徴に pull test 陽性の項目がある⁵⁾．

b) 歩行（通常歩行）

診察室内の空いた場所で自由に歩いてもらい，評価する．歩行を観察する際には，① 姿勢，② 左右対称性，③ 歩幅と歩隔，④ 腕のふりや不随意運動，⑤ 歩行開始，停止時や方向転換時の様子，⑥ 歩行の安定性，⑦ 股・膝・足関節の角度と動き，⑧ 疼痛の有無，⑨ 前方突進現象の有無などのポイントに注意して観察する．歩幅は，かかともが，対側のつま先を越えるのが正常で，歩隔は，握りこぶし1つ分（8～10 cm）以内が正常である **図6**．

レビー小体型認知症，パーキンソン病では，歩幅が短くなる小刻み歩行を認め，歩行時に左右差のある腕の振りの低下や振戦を認める．

血管性認知症，正常圧水頭症でも小刻み歩行を認める．鑑別点としては，① 起立姿勢はパーキンソン病のように前屈位ではなく，体幹は直立姿勢で，頭部も上向き

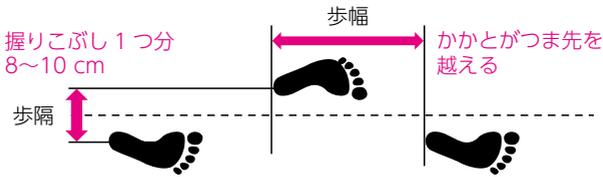
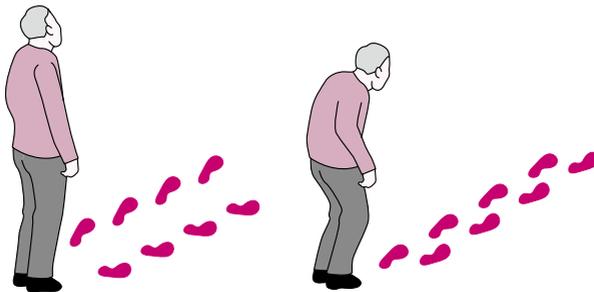


図6 歩幅と歩隔



血管性認知症
正常圧水頭症

レビー小体型認知症
パーキンソン病

図7 小刻み歩行の鑑別



図1 頭部 CT による石灰化の検出

Mitochondrial myopathy, encephalopathy, lactic acidosis, stroke-like episodes (MELAS) の 20 歳代女性. 年齢に比した脳萎縮に加え, 両側の基底核, 視床に石灰化が描出されており, 画像診断の一助になりうる所見である.

B CT による画像診断のポイント

検出器の多列化をはじめとした撮像技術の発展により, 広範囲の領域を短時間で撮像することが可能である. それゆえ, 周辺症状 (behavior and psychological symptoms of dementia) などにより安静を保てない症例の頭蓋内の評価に加え, 全身臓器の確認を含めた形態変化のスクリーニングに最も適している (図2). 感染症, 膠原病, 血管炎, 傍腫瘍症候群のように頭蓋外にも異常所見が存在しうる病態も認知症の原因になりうることから, 全身性の病態が疑われる場合には CT での頭蓋外の評価を考慮すべきである. また, 認知機能や嚥下機能低下による誤嚥に起因する誤嚥性肺炎や消化管穿孔は病変の程度が軽い場合, 単純 X 線写真での検出が困難であるため, CT による評価が欠かせない (図3).

高い空間分解能を活かした多段面再構成 (multiplanar reconstruction: MPR) の手法を用いることにより, CT でも多方向からの脳萎縮の評価を行うことができる. 海馬, 脳幹のような大きさのある構造は CT でも萎縮の有無を確認することができる (図4)³⁾. しかしながら, 乳頭体のような小構造に関しては評価が容易ではないのが実情である.

ヨード造影剤投与によるダイナミック撮像を行い, Deconvolution 法をはじめとした解析を行うことにより, CT でも脳血流量, 脳血液量を含めた血行動態の定量的評価が可能になる. 一般的には脳血管障害の評価に用いられるが, AD と脳血管性認知症の鑑別における有用性も報告されている⁴⁾. ただし, 放射線被曝が多いこ

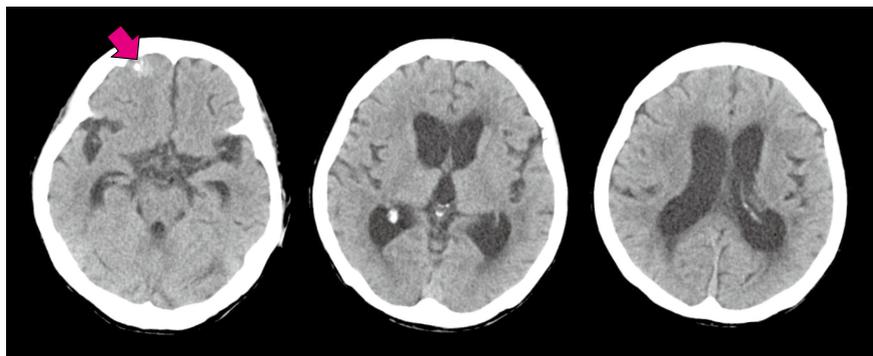


図2 頭部 CT による水頭症の検出

入院中に夜間不穏状態を呈した 70 歳代女性。頭部 CT では全体的な脳室系の拡大に加え、側脳室周囲白質に低吸収値領域があり、水頭症が示唆される。のちに癌性髄膜炎と診断された。右前頭葉の石灰化を伴う軽度高吸収値領域 (→) は既存の髄膜腫である。

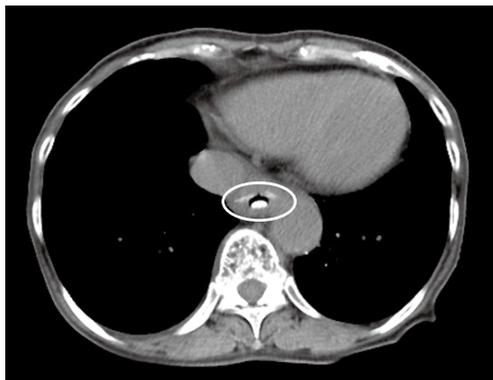


図3 胸部 CT による誤嚥した Press through package の検出

胸部 CT では食道に円形および多角形の低吸収値領域 (○) があり、誤嚥した薬剤および Press through package の存在が示唆される。周囲の食道に強い浮腫を伴っている。

とや画像の表示法、解析法が統一されていないという問題点があるため、日常臨床で普及していると言い難い。

液・血液バイオマーカー，APOE検査の適正使用指針（改訂第2版，2023年9月30日）が発表された。これらの検査を考える場合，目を通しておくべきと思われる。

アルツハイマー型認知症（AD）

A 概念

アルツハイマー型認知症（Alzheimer's disease: AD）は，大脳皮質や脳血管のアミロイドβ（Aβ）蓄積と神経原線維変化（neurofibrillary tangle: NFT）の2つの病理学的変化を主徴とするAD病理によって大脳皮質，海馬，前脳基底部で神経細胞死，シナプス減少，アセチルコリン低下が起こり，病的状態としての認知症が発症すると考えられている。主な症状として緩徐進行性の出来事記憶（episode memory）障害に始まる記憶と学習の障害が典型的（typical）なADの特徴であり，進行するにつれ，失語，遂行機能障害，視空間認知機能障害，さらには人格や行動の変化などの社会的認知機能の障害に進展していく。また，非定型（atypical）ADとして，視覚認知障害，構成失行などの症状が前景となる後部皮質萎縮症（posterior cortical atrophy: PCA），特徴的な言語障害をきたすロゴペニック型原発性進行性失語（logopenic variant primary progressive aphasia: lvPPA），前頭葉機能障害による症状で発症する前頭葉型（frontal variant）があり，さらには特殊病型（uncommon）ともいえるロゴペニック型以外の原発性進行性失語（primary progressive aphasia: PPA）や大脳皮質基底核変性症候群（corticobasal syndrome:

1
神経変性疾患

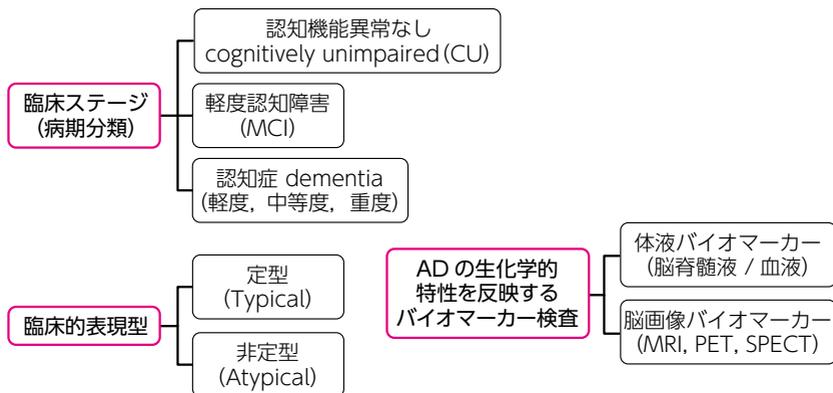


図2 ADの臨床診断において考慮すべき内容

B 診断の進め方

VaDの診断について、以下のような特徴を考慮して診断を進めていく。

a) 症状

不均一な高次脳機能障害を呈し(まだら認知症)、記憶障害があっても病識が保たれるといったことが生じる。また、注意障害や遂行機能低下が主体である。ADのような近時記憶障害を認める頻度は低い。

b) 臨床経過

急性発症や階段状の悪化がみられ、脳血管障害のエピソードと認知機能障害の出現や増悪に関連性がある(図1)(A~C)。ただし、脳小血管病では慢性進行性の経過をたどることが多い。

c) 脳の局所神経症状の合併

脳血管障害の局在に一致して、運動麻痺、視野障害、感覚障害などの局所の神経脱落症状が認められる(図1)(A~C)。偽性球麻痺やパーキンソニズム、排尿障害などを呈したり、感情障害がみられたりすることがある。

d) 頭部の画像診断

CTやMRIで局所の神経脱落症状を説明しうる病変の有無を確認する(図1)(A~C)。遺伝性血管性認知症では広範囲の大脳白質病変、多発性のラクナ梗塞、脳微小出血や脳萎縮が認められ(図2)(A~C)、CADASIL(cerebral autosomal dominant

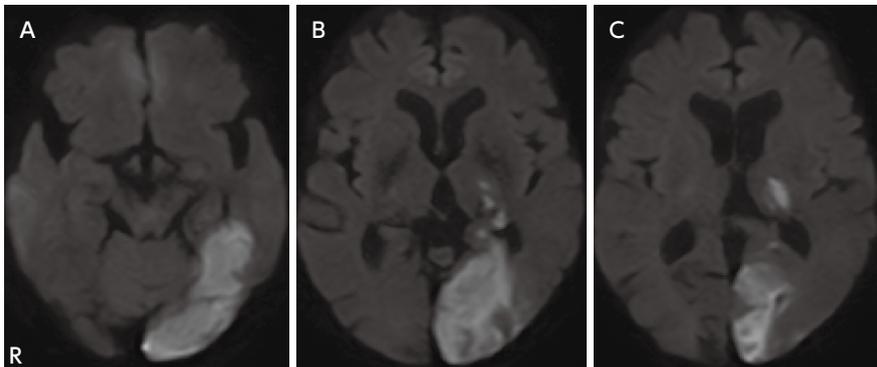


図1 左後頭葉の脳梗塞発症後に認知機能低下がみられた症例の画像所見

70歳の男性。発症前の日常生活動作には問題がなかった。脳梗塞発症後より右同名半盲、右側の半側空間無視に加え、感覚性失語、失読や失書がみられた。長谷川式簡易認知症スケールでは12点であった。頭部MRIの拡散強調画像で左後頭葉から側頭葉白質、海馬後方、視床に急性期の脳梗塞が認められた(A~C)。