

アルツハイマー型痴呆

恩方病院 院長
堤 祐一郎

はじめに

現在、痴呆は医学的な問題にとどまらず大きな社会問題にもなっており、痴呆患者を抱える家族の負担は大きい。また、原因や病態が多様であり、根本的な治療や予防が不十分であるのが現状である。しかし、アルツハイマー型痴呆では、早期診断と治療によりある程度の進行防止が可能となっている。コリン仮説に基づいて開発された塩酸ドネペジルが抗アルツハイマー型痴呆薬として1999年発売され使用されるようになった。

鑑別診断

診察時の患者との一般的な会話から記憶・理解力・思考力・見当識等の障害を確認するとともに家族からもの忘れなどによる日常生活における具体的な症状を聞き痴呆状態であるか否かを判断する。HDS-R(改訂長谷川式簡易知能評価尺度)やMMSE(Mini-Mental State Examination)を用い患者の認知機能の評価を行う。

患者本人がもの忘れなどの自覚症状を心配し、1人で受診する場合は生理的健忘やうつ病を鑑別する。既往歴に高血圧や糖尿病があり頭痛やめまいなどの自覚症状がある場合は、脳血管性痴呆が多い。家族らがもの忘れや異常行動に気づき受診する場合はアルツハイマー型痴呆であることが多い。

痴呆は、身体的疾患によって生じ

るものもあり、そのような場合は適切な治療により改善がみられる。甲状腺機能低下症やビタミン欠乏症などの内科的疾患や、正常圧水頭症や慢性硬膜下血腫などの外科的疾患にて痴呆症状を呈する。また、アルツハイマー型痴呆と脳血管性痴呆を合併する症例もみられる。痴呆症状を呈する疾患を表1に示す。

病態の解説と対応

アルツハイマー型痴呆は臨床上、記憶、認知障害を中心とした中核症状と、意欲低下、自発性低下、徘徊、せん妄、不眠、うつ状態、不安、焦燥感、強迫観念、不穏、幻覚、妄想、精神興奮などの周辺症状を認め、日常

生活の中で患者や家族にとって大きな支障になっている。中核症状である認知機能障害が改善することで、周辺症状の改善がみられるものも多い。記憶障害や認知機能障害は、アセチルコリン(ACh)作動系とのかかわりが強いことから、アルツハイマー型痴呆に対するAChの分解酵素であるアセチルコリン・エステラーゼ(AChE)阻害薬である塩酸ドネペジルが使用されるようになった。これはアルツハイマー型痴呆における認知機能障害の進行を抑制するものであるが、病態そのものの進行を抑制する根治的治療薬ではない。

周辺症状の一つの自発性低下は、身の回りのこともしなくなり、ぼんやりして過ごしたり、臥床している時間

表1 痴呆症状を呈する疾患¹⁾

脳変性疾患	老年痴呆、アルツハイマー型痴呆、ピック病、ハンチントン舞蹈病、正常圧水頭症、多発性硬化症、パーキンソン病、進行性核上麻痺、多巣性白質脳症
血管障害	脳血管性痴呆(多発梗塞性痴呆、ピンスワンガー病)、もやもや病、脳動静脈奇形
頭蓋内占領性疾患	脳腫瘍、硬膜下血腫
外傷	外傷性痴呆
感染症	進行麻痺、急性硬化性脳炎、クロイツフェルト・ヤコブ病
中毒性障害	アルコール性痴呆、コルサコフ症候群、慢性バルビツール中毒
代謝障害	尿毒症、肝障害、ウイルソン病、ポルフィリン症、高カルシウム血症、癌の遠隔効果
内分泌障害	粘液水腫、アジソン病、下垂体機能低下症、副甲状腺機能低下症および亢進症、低血糖、クッシング病
酸素欠乏性痴呆	貧血、うつ血性心不全、慢性肺疾患、麻酔後脳症、一酸化炭素中毒後遺症
ビタミン欠乏性疾患	サイアミン・ニコチン酸・B12・葉酸欠乏症、ペラグラ
てんかん	てんかん性痴呆

が多くなるなどの症状である。痴呆以外にも、うつ病でも同様の状態をみとめるため正確な鑑別が必要となる。また、心理的、環境的要因が大きいいため、デイ・ケアなどへの参加など生活環境の整備も重要である。

家族が介護する上で最も負担になるのが徘徊やその他の異常行動である。健忘や、見当識や状況認知障害により現実と非現実が錯綜し、情動が不安定となり、時には家族等への攻撃性や暴力行為を認めることがある。

せん妄は、軽度の意識障害に幻覚や妄想等の症状が加わった状態をい

うが、高齢者では、生体リズムの障害により、夜間せん妄を認めることがある。せん妄や精神運動興奮等の精神症状は非定型抗精神病薬で改善が見られることが多い。また、睡眠時間が短縮し、中途覚醒が多く見られる。これらに対しては、睡眠導入薬や少量の抗うつ薬や非定型抗精神病薬で改善がみられることが多い。

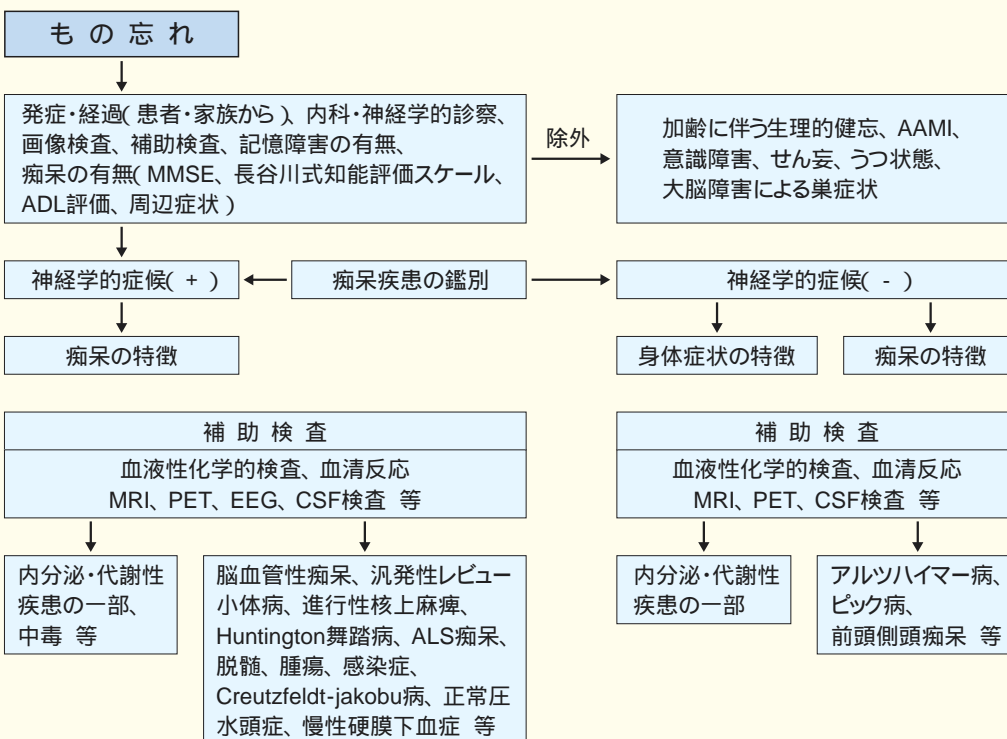
いずれの症状に対しても薬物療法を行う場合には、過鎮静や筋緊張低下による転倒や骨折などのリスクも高いため、加齢による薬物代謝の低下や副作用の発現に注意深い観察が必要である。

おわりに

アルツハイマー型痴呆の予防に大きな関心もたれている。アルツハイマー病における危険因子のアポポロタンE4が明らかになり、脳脊髄のタウ蛋白とアミロイド蛋白(A 1-40、A 1-42)を測定することでアルツハイマー型痴呆を遺伝子診断することが可能になった。さらなる今後の研究が待たれる。

今後、高齢化が進むにつれてアルツハイマー型痴呆患者の増加も予想されている。早期診断と早期治療及びリハビリテーションなどの対応で痴呆患者のQOLを改善していくことが望まれよう。

図1 痴呆症状を主訴とする患者の診察手順¹⁾



【参考文献】

- 1) 日本医師会生涯教育シリーズ：老年期痴呆診察マニュアル(長谷川和夫監修)、南山堂、1995
- 2) 浦上克哉、高橋和郎：内科疾患に伴う痴呆、臨床と研究72：68-71、1995
- 3) 三好攻峰：老年期痴呆の諸病態、Dementia Japan 11：207-215、1997
- 4) Kanai M, Matsubara E, Isoe K et al: Longitudinal study of Cerebrospinal fluid levels of tau, A 1-40, and A 1-42(43) in Alzheimer's disease: a study in Japan. Ann Neurol 44: 17-26、1998