

痴呆の基本的な診かた

大塚 智 丈

高瀬町立西香川病院精神科

(平成12年3月10日受付)

はじめに

超高齢化社会を迎え、急激に増加する痴呆老人の問題は、我が国が取り組まねばならない重大な課題の一つとなっている。厚生省の推計では、痴呆性老人の数は1990年には約100万人であったが、2000年には156万人、2010年には226万人、2020年には292万人に達するとされ、増加の一途をたどるとされる。これに伴って、日常臨床の場でも痴呆老人に遭遇する機会が増加してきている。しかし、その際に必要な臨床診断や治療、ケアなどを適切に行うことは、そう容易なことではない。また、せん妄やうつ病など痴呆と紛らわしい病態もしばしばみられ、痴呆の診断をより困難なものとしている。今回、診断の進め方を中心に痴呆について述べ、その概念、診断基準、原因疾患、臨床症状および評価尺度などについても概説する。

痴呆の概念と診断基準

痴呆とは、一度獲得した知能が、後天的な脳の障害により全般的に低下し、意識正常の状態での日常生活の障害が認められるものである。この痴呆の概念には、「不可逆性である」ことは近年含まれなくなっている。また、脳実質の障害のみならず、中毒性、代謝性疾患などによる脳障害も含まれるようになり、より広い概念が採用されてきている。

痴呆の診断基準としては、Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) や International Classification of Diseases 10th edition (ICD 10) がよく用いられている。DSM IVでは痴呆がタイプ別に定義されているため、痴呆全体の診断基準としてはDSM III Rの痴呆の診断基準が今だよく引用されている(表1)。

表1 DSM III Rによる痴呆診断基準の要点

A. 短期記憶および長期記憶障害
・短期記憶障害: 例えば3つの品物を憶え、5分後に想起できない。
・長期記憶障害: 自分に関する過去の事柄(出生地, 職業), 一般常識を想起できない。
B. 以下のうち少なくとも1項目
1) 抽象的思考障害(関連語の類似, 相違点)
2) 判断の障害
3) その他の高次皮質機能障害(失語, 失行, 失認, 構成困難)
4) 人格変化
C. A, Bの障害のために職業, 日常生活, 対人関係が明らかに障害されている。
D. A, B, Cがせん妄状態の時だけ生じているのではない。
E. 特異的器質因子的存在が証明される, または器質性精神病以外の状況を除外できる。

痴呆の原因疾患

表2に痴呆の主な原因疾患を示した¹⁾。脳血管障害、神経変性疾患、内分泌・代謝・中毒性疾患、感染症、脳腫瘍、外傷、その他正常圧水頭症などいずれも痴呆の原因となる。この内、脳血管性痴呆とアルツハイマー型痴呆の2者で、痴呆の大半が占められている。従来、本邦では脳血管性痴呆が最も多いとされていたが、最近ではアルツハイマー型痴呆の増加が著しく、2者の割合が逆転しつつある²⁾。これら以外では、レビー小体型痴呆がアルツハイマー型痴呆に次いで多い変性性痴呆(欧米では2番目に多い老年期痴呆)として近年注目され、国際ワークショップで臨床診断基準が作成されている³⁾。また、痴呆の原因疾患の中には、慢性硬膜下血腫、正常圧水頭症などを代表とする treatable dementia があり、早期診断・治療を特に要するが、放置されれば不可逆となるばかりが生命の危険も生じかねない。この為、これら

表2 痴呆の主な原因疾患

1) 脳血管障害 (脳血管性痴呆)
脳出血, 脳梗塞, ビンスワンガー病 など
2) 退行変性疾患
アルツハイマー型痴呆, 汎発性レビー小体病, ピック病, パーキンソン病, 進行性核上麻痺, ハンチントン舞蹈病, ALS 様症状を伴う痴呆, 大脳皮質基底核変性症 など
3) 内分泌・代謝性・中毒性疾患
甲状腺機能低下症, 下垂体機能低下症, ビタミン B12 欠乏, ビタミン B1 欠乏, ベラグラ, ミトコンドリア脳筋症, 肝性脳症, 肺性脳症, 透析脳症, 低酸素症, 低血糖症, アルコール脳症, 薬物中毒 など
4) 感染症疾患
クロイツフェルト・ヤコブ病, 進行性多巣性白質脳症, 各種脳炎・髄膜炎, 脳腫瘍, 進行麻痺 など
5) 腫瘍性疾患
脳腫瘍 (原発性, 続発性), 髄膜癌腫症 など
6) 外傷性疾患
慢性硬膜下血腫, 頭部外傷後遺症 など
7) その他
正常圧水頭症, 多発性硬化症, 神経ベーチェット, サルコイドーシス など

(平井, 1995)

を見逃さないことが、痴呆の診断上最も重要であると言える。

痴呆の臨床症状と評価尺度

痴呆の臨床症状は、中核症状と周辺症状の2つに大きく分けられる。中核症状は知的機能障害そのものであり、記憶障害、抽象的思考の障害、判断力障害、巣症状、人格障害などがこれに当たる。一方、周辺症状は痴呆に随伴する精神症状や問題行動である。後者の多くは認知障害から2次的に反応性に生じてきたものであり、痴呆の治療やケアの主な対象となる。

痴呆の評価尺度には、質問式と行動観察式がある。質問式には長谷川式, Mini-Mental State Examination (MMSE), N 式, 国立精研式などがあり、行動観察式には柄澤式, Clinical Dementia Rating (CDR), Function Assessment Staging (FAST) などがある。改訂長谷川式スケールでは、加藤らによれば Sensitivity が0.90, Specificity が0.82とされ⁴⁾、弁別力は高いが、過信は避けなければならない。また、重症度判定の為に、上記の両方の方式を組み合わせる評価することが望ましい。

痴呆の診断の進め方

痴呆を疑う患者を診る際には、まず家族など周囲の人から情報を聴取し、生活歴、家族歴、既往歴、病前性格、および服薬歴を含む現病歴を十分に聴きとる必要がある。(患者自ら痴呆を疑い一人で受診する場合もあるが、この場合は生理的老化やうつ病などであることが多く、本人への問診だけでも診断がつくことが多い。)そして、周辺症状、ADL と IADL の状態や家族の介護状況なども聴きとって、患者や家族のかかえる問題についてもこの時把握しておく。さらに、患者への問診を行い、普通の会話の中に質問すべき内容を入れながら、受け答えや動作、対応などを観察する。痴呆の有無や程度について大体的見当をつけ、必要があれば評価尺度やより詳しい検査を行う。長谷川式など質問式の評価尺度を用いる際には、ある程度患者と接触がとれるようになった上でを行い、また「簡単な質問ですみませんが、皆さんにして頂いていますので・・・」などと断ってから行うなど、患者の自尊心にも配慮すべきである。

問診や評価結果から、痴呆と言える程の知的レベルの低下があるか否かを判定する。痴呆と生理的老化(良性健忘)の相違点について表3に示した。次に、その低下が痴呆によるものかどうかを、発症様式、臨床経過、症状などからおおよそ判断する。ここでは、せん妄やうつ病など痴呆と紛らわしい病態との鑑別が重要となる。せん妄との鑑別は、痴呆にせん妄が重畳している場合もあって困難なことも少なくないが、せん妄では発症が急であったり、日内または日差変動がみられるなど鑑別点が幾つかある(表4)。しかし、鑑別が困難な場合には、身体的検査を十分行った上で、時間や日を改めて診断する必要がある。うつ病の場合は、病歴上うつのエピソードがあったり、痴呆症状よりうつ症状が先行していることが多い。見当識障害はあっても軽度である。また、夜間より午前中に調子が悪い傾向があり、受け答えではごまかしたりいい加減な答えを言ったりせず、反応は遅いが真摯に考えて「わからない」と答えることが多い。その他にも早朝覚醒、食思不振、身体的愁訴の多さなどのうつ病の特徴的的症状があるが、老年期のうつ病は非定型なものも少なくなく、その場合は鑑別が困難なことも多い。

次に当然ながら、神経学的所見も含め身体的現症を把握する。さらに、一般臨床検査を行い、身体的状況を十分に検索し、頭部CT, MRIなどの画像検査も併せて行

表3 痴呆と生理的老化（良性健忘）との相違点

	痴 呆	生理的老化
経過	進行性	極めて徐々にしか進行しない
状態像	体験の全体を忘れる 最近の出来事を憶えられない 見当識障害がみられる 作話はみられる	体験の一部を忘れる 出来事の日付・名前をとっさには思い出せない 見当識障害はみられない 作話はみられない
病識	物忘れの自覚が乏しい 思い出せなくても心配しない	物忘れを自覚している 思い出せないことを悔やんだり心配する
日常生活	支障をきたす	支障はない

表4 せん妄と痴呆の鑑別点

	せん 妄	痴 呆
発症	急性で夜間に多い	多くは徐々に発症
経過	一過性（多くは1ヶ月以内） 老人では遷延することあり 完全回復あるいは死亡	慢性 多くはゆっくりと進行停止することもある
日内変動	多い	少ない
注意	集中が困難で、動揺する	保たれている
見当識障害	時間の障害が強いが、動揺 初めての人や場所を、よく知っている人や場所と誤りやすい	軽症ではみられないこともある 動揺することは少ない
精神運動活動	過剰または減少	通常は正常のレベル
知覚	視覚性の錯覚・幻覚が多い	多くは異常なし
睡眠覚醒障害	障害されるが、日により動揺	日による動揺は少ない
薬剤の関与	しばしば認める（特に活動減少型）	少ない

う。梅毒反応，甲状腺機能，ビタミン B₁₂などは，ルーチンに行うべきとする意見もあるが，実際は初診時には行われないことの方が多く，必要に応じて検査を行うとよい。そして，診察や検査結果などから総合的に判断して，一応の臨床診断をつける。この際，treatable dementia やせん妄の原因を見逃さないことが特に重要である。ま

表5 アルツハイマー型痴呆と脳血管性痴呆の鑑別

	アルツハイマー型痴呆	脳血管性痴呆
発症年齢	70歳以上に多い	60歳台より多くみられる
性別	1：3で女性に多い	男性に多い
経過	緩徐に進行	階段状憎悪，症状に動揺性
痴呆の性質	全般性痴呆	まだら痴呆
病識欠如	早期より生じることが多い	末期になって起こる
人格	早期より崩れることが多い	比較的保たれる
感情	多幸的	情動失禁
身体的愁訴	少ない	比較的多い（特に初期）
神経症状	少ない	多い
CT 所見	脳溝拡大，脳室拡大	病巣に一致した低吸収域，PVL
その他	徘徊，多動を伴いやすい	せん妄を伴いやすい

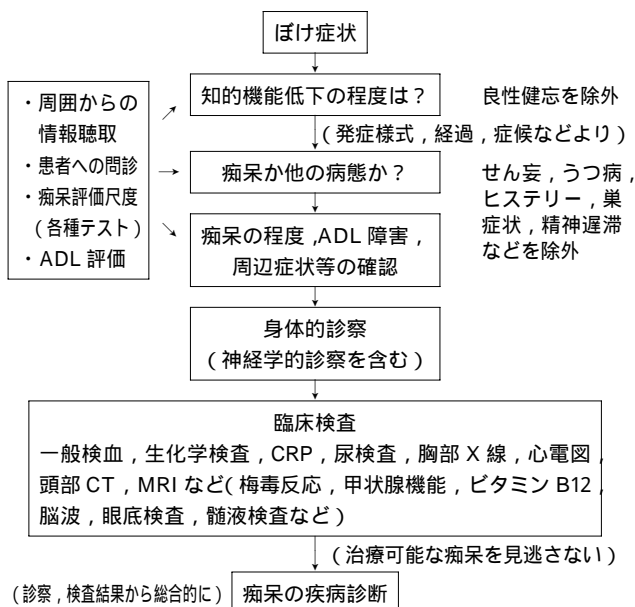


図1 痴呆の診断の進め方

た，頻度の多いアルツハイマー型痴呆と脳血管性痴呆の鑑別診断がしばしば行われるが，表5のような鑑別点がある。以上の診断の進め方について図1に示した。

おわりに

痴呆の治療を適切に行うには，早期の正確な診断が求められる。また，痴呆のケアについても，アルツハイマー型痴呆と脳血管性痴呆ではケアの方向性が異なるなど⁵⁾，鑑別診断が重要となる。アルツハイマー型痴呆については，今のところ特異的な他覚的検査はない。トロピカミドによる点眼テストが，本症の早期診断法となる

ことが報告されたが⁶⁾、追試では本症に特異的ではないとされている。脳脊髄液中のタウ蛋白⁷⁾およびアミロイドβ蛋白 Aβ₄₂⁸⁾が、本症の生物学的マーカーとして注目されているが、髄液検査のためスクリーニング検査としては理想的ではない。また、一部の家族性痴呆には可能となっている遺伝子診断については倫理上の問題もあり、その使用は慎重であらねばならない。今後、高齢者にとって非侵襲的で簡便な痴呆の診断手法が開発され、日常臨床の場でも容易に用いられるようになることが期待される。

文 献

- 1) 平井俊策：痴呆は脳の老化で起こるか．老年期痴呆診療マニュアル（長谷川和夫 監修），日本医師会，東京，1995，pp.10-23
- 2) 本間昭：老年期痴呆の疫学．老年精神医学雑誌，10：895-900，1999
- 3) McKeith, I. G., Galasko, D., Kosaka, K., Perry, E. K., et al.: Consensus guidelines for the clinical and pathological diagnosis of dementia with Lewy bodies (DLB): report of consortium on DLB international workshop. *Neurology* 47: 1113-1124, 1996
- 4) 加藤伸司，下垣光，小野寺敦志，長谷川和夫 他：改訂長谷川式簡易知能評価スケール（HDS-R）の作成．老年精神医学雑誌，2：1339-1347，1991
- 5) 室伏君士（編）：老年期痴呆の医療と看護．金剛出版，東京，1990
- 6) Scinto, L. F., Daffner, K. R., Dreaaler, D., Ransil B. I., et al.: A potential noninvasive neurobiological test for Alzheimer's disease. *Science* 266: 1051-1054, 1994
- 7) Arai, H., Nakagawa, T., Kosaka, Y., Higuchi, M., et al.: Elevated cerebrospinal fluid tau protein level as a predictor of dementia in memory-impaired individuals. *Alzheimer's Res.*, 3: 211-213, 1997
- 8) Motter, R., Vigo-Pelfrey, C., Kholodenko, D., Barbour, R., et al.: Reduction of β amyloid 42 in the cerebrospinal fluid of patients with Alzheimer's disease. *Ann. Neurol.*, 36: 903-911, 1995

Approach to diagnosis of dementia

Tomotake Otsuka

Department of psychiatry, The Takase Town Nishikagawa Hospital, Kagawa, Japan

SUMMARY

Dementia is characterized by an acquired and generalized impairment of cognitive function that interferes with daily and social activities with no disturbance of consciousness. This disorder is becoming progressively more common. However, it is not easy to diagnose and treat it.

The patients with dementia are often not aware of their problems well. Therefore, the history should be obtained from family members or other informants, in addition to interviewing the patients with cognitive decline. The clinician needs to take the history sufficiently and also get information about the conditions of family such as their availability and ability to help. The mode of onset and time course of deterioration are specially important in differential diagnosis.

Whether the patient has dementia is determined by the history, degree of cognitive dysfunction on mental state examination, general physical examination including neurological assessment, and laboratory investigations. Dementia should be carefully differentiated from delirium, depressive disorder, and the other psychotic disorders. The history is most useful in distinguishing dementia from the others. The onset of delirium is rapid, while that of dementia is usually slow. The symptoms of delirium tend to fluctuate and often become worse at night. But dementia and delirium frequently coexist, and the differentiation may be difficult in this case. In depressive disorder, usually a history of mood disturbance precedes the other symptoms. Patients with depression typically respond not incorrectly but incompletely to questions, for example, "I don't know".

Some types of dementia are reversible or remediable. Therefore, it is most important not to miss any treatable dementia, such as subdural hematoma and normal pressure hydrocephalus. Vascular dementia and Alzheimer's disease are predominant types of dementia among the elderly. It is also important to differentiate these two diseases for proper treatment and care.

Key words : dementia, diagnosis, history