

内科領域の認知症とその診断の要点

Physical and laboratory findings in the differential diagnosis of dementia

国立病院機構 福岡東医療センター 脳血管・神経センター

長尾 哲彦*

はじめに

アルツハイマー型認知症はわが国の認知症の原因疾患の約6割を占めており、日常的に遭遇する機会も多い。アルツハイマー型認知症の診断においては、認知症を引き起こしうる他の疾患(表1)を確実に除外する必要がある。これらの疾患の多くは、日常的な検査によって比較的容易に鑑別できるが、中にはその疾患の存在を想定した上で、適切な検査を指示しなければ診断できない場合もある。ビタミンB1、B12の欠乏、甲状腺機能低下症などはその代表例である。認知症診療の現

場では、初診時に頭部CT/MRIなどと同時にかかる特殊検査も施行することが多いが、他医から引き継いだ患者や、(認知症以外の)他の疾患を中心に診ている患者などにおいては、認知症の原因疾患が見逃されやすい。原因疾患を示唆する身体症候や検査所見があっても、しばしば「年だから」と片付けられて診断に結びつかないことも少なくない。本稿では、認知症の原因となっている内科疾患を診断するに当たって、有用と思われる簡単な身体徴候や検査所見の見方をレビューしたい。

表1 認知症の原因疾患

血管性認知症	脳梗塞、脳出血、多発梗塞性認知症、ビンスワンガー病
変性疾患	アルツハイマー型認知症、レビー小体病、前頭側頭型認知症、ハンチントン病、パーキンソン病、進行性核上性麻痺、多系統萎縮症、認知症を伴う運動ニューロン疾患
内分泌疾患	甲状腺機能低下症、副甲状腺機能低下症、クッシング病、アジソン病、低血糖症
代謝疾患	ウェルニッケ脳症、ペラグラ脳症、ビタミンB ₁₂ 欠乏症、肝性脳症、尿毒症、低ナトリウム血症、透析脳症、ウィルソン病
中毒性疾患	金属(鉛、水銀など)、一酸化炭素、薬物(向精神薬、抗てんかん薬、抗コリン薬、抗パーキンソン病薬、降圧薬など)、アルコール
感染症	髄膜炎、脳炎、脳膿瘍、クロイツフェルト・ヤコブ病、進行性多巣性白質脳症、HIV脳症、神経梅毒
腫瘍性疾患	脳腫瘍、悪性腫瘍の遠隔効果
その他	正常圧水頭症、慢性硬膜下血腫、脳挫傷、筋緊張性ジストロフィー症

* 現) 特定医療法人原土井病院 みどりのクリニック/院長

歩容

まず患者が診察室に入ってくるときの歩行状態は多くの情報を提供してくれる。前傾姿勢で腕振りが少なく、小刻みな歩幅で、時にすくみ足や突進現象も見られるのがParkinsonian gaitであり、パーキンソン病やレビー小体病などで典型的に見られる。Parkinsonian gaitと類似するが、両足を左右に広く開き、腕振りが大きい場合はfrontal gaitと呼び区別する。Frontal gaitの場合は、足が床に磁石で吸いつけられたようになり (magnetic foot)、踏み出しが困難となるが、臥位になると両足は自由によく動き、両者の乖離が目立つのが特徴とされる。Frontal gaitは脳血管性認知症 (多発性ラクナ梗塞)、正常圧水頭症、慢性硬膜下血腫、脳腫瘍など多彩な疾患で見られる。Hemiplegic gaitは片方の足の麻痺に由来するものであり、障害が軽度な場合には、足の運びの速さが左右で異なることに注目すると良い。このタイプの歩行は、脳血管性認知症、慢性硬膜下血腫、脳腫瘍などの発見の契機になる。酔っ払いの千鳥足歩行がcerebellar ataxic gaitであり、悪性腫瘍の遠隔効果、脳腫瘍、多系統萎縮症などを考えて検索を進める。

血算

血算のデータでは (貧血があれば言うまでもないが) 貧血が目立たなくてもMCVに注目する。MCVが高値を示す貧血 (大球性貧血) には、巨赤芽球性貧血、甲状腺機能低下症、慢性アルコール中毒、慢性肝疾患などがあり、認知症との関連が深い。

深部腱反射

ハンマーによる打腱からも様々な情報が得られる。下顎反射は通常 (±) 程度であるが、これが明らかに亢進し、しかも嚥下障害を伴っているときは、両側性のcorticobulbar neuronの障害を意味する (仮性球麻痺)。鑑別診断として多発性ラクナ梗塞に伴う脳血管性認知症や認知症を伴う運動ニューロン疾患などを考える。四肢深部腱反射の左右差は脳血管性認知症、慢性硬膜下血腫、脳腫瘍などを示唆するし、反射の低下は末梢神経障害 (ビタミンB1, B12欠乏)、慢性アルコール

中毒、糖尿病関連認知症 (繰り返す低血糖発作など) を反映する可能性がある。アキレス腱反射の弛緩相遅延は、甲状腺機能低下症の徴候として特異度が高い。

嗅覚

パーキンソン病とアルツハイマー型認知症では、嗅覚障害が報告されている。前者では嗅素検知能障害と嗅覚識別能障害の両者が病初期から障害されるのに対して、後者では病初期には嗅覚識別能障害のみであり、病状の進行に伴って嗅素検知能障害も加わってくる (表2)。初期のアルツハイマー型認知症の患者では、石鹸をかかせると「何か甘い匂いがしますね。でも何でしょう?」というように答え、臭いからその物体を当てるのが困難である。ただし、嗅覚の障害を来す認知症関連疾患は、表3に示すように様々なものがあるため、嗅覚障害のテストはあくまでも補助診断の一つと考えるべきである。

舌・口腔内

舌が全体的にツルツルになり、赤く発赤している場合には、萎縮性舌炎を考え、ビタミンB群の欠乏を疑う。舌や口腔内にクリーム様の白苔が付着し (通常痛みを伴う)、容易に剥離可能なときは口腔内カンジダ症が考えられる。HIV、糖尿病、

表2 アルツハイマー型認知症 (AD) とパーキンソン病 (PD) における嗅覚障害

		嗅覚識別能障害	嗅素検知能障害
AD	初期	(+)	(-)
	進行期	(+)	(+)
PD	初期	(+)	(+)
	進行期	(+)	(+)

表3 嗅覚の低下する認知症関連疾患

- アルコール中毒
- うつ病
- 糖尿病
- 甲状腺機能低下症
- ビタミンB₁₂欠乏
- 薬物
- AIDS

担癌患者（とくに化学療法中の患者）などで見られることが多い。

おわりに

診察室におけるちょっとした注意が、認知症の原因疾患を明らかにしてくれることがある。初診時には見過ごされていた異常が、経過を見ている

間に明らかになることもあるので、最初の診断に捕らわれず、患者の全体像を診ることが認知症診療においても重要であると思われる。

この論文は、平成18年6月10日(土)第16回九州老年期痴呆研究会で発表された内容です。