

1. 家族が気づく痴呆の初期症状 (107名): 記憶障害による症状が多い

同じことを言ったり聞いたりする	43.9%
ものの名前が出てこない	36.4%
置き忘れ、しまい忘れが目立つ	32.7%
以前はあった関心、興味の消失	32.7%
日課をしなくなった	14.7%
時間や場所の感覚が不確か	13.1%
慣れているところで迷う	12.1%
財布を盗まれたという	12.1%
計算間違い、怒りっぽい、蛇口・ガスの閉め忘れ、ドラマが理解できぬ、薬の管理ができない、夜中に起きて騒ぐ	

2. 痴呆の中核症状

- 記憶障害: 即時記憶 (数字の復唱) や昔の遠隔記憶は保たれるが新しいことを覚えられない、少し時間が経つと思い出せない (近時記憶の障害)。
加齢による物忘れは患者がそれを自覚しており悪化することはなく生活に支障をきたさない。また体験全体を忘れることがなく後でなにかのヒントで思い出すことができる。痴呆による物忘れは病識がなく徐々に悪化し生活に支障をきたす。また体験全体を完全に忘れており思い出せない。
- 失語: 言葉が出てこず (喚語困難) 代名詞 (あの、ナニ) が会話で多くなる。
- 失行: 平面図はよいが立方体の模写ができない (構成失行) トイレで水が流せない、服の着脱ができない。
- 失認: 道に迷ったり建物の中で迷う (視空間の認識障害)
- 実行機能障害: 家庭で客をもてなせない、目標に向かい仕事を成し遂げられない。

3. 痴呆の周辺症状

- 行動異常: 徘徊、多動、暴力、介護への抵抗、不潔行為、過食、異食
- 精神症状: 幻覚、妄想、せん妄、不安、抑うつ、焦燥、心気、多弁、睡眠障害

痴呆は有病率、発症率は65歳から5歳ごとに2倍になる。女性の方が男性より多くエストロゲンと関係あるかも。NSAIDと喫煙でアルツハイマーの発症は低下する。

4 . 血管痴呆：脳卒中に続発し突然始まる。

血管痴呆は既往歴、CT、MRIで脳血管障害があるときに診断する。痴呆と脳卒中発症の時間的關係（3ヶ月以内）が明白であることも重要。痴呆症状はアルツハイマーのように徐々に進行することはまれで、突然始まったり痴呆症状が動揺したり階段状に悪化したりする。痴呆テストや質問に対して知らないことははっきり「知らない」と答える。

5 . 「物盗られ妄想」はアルツハイマー

アルツハイマーでは痴呆は徐々に進行する。「物盗られ妄想」はアルツハイマーに特徴的で脳血管性痴呆では原則として見られない。アルツハイマーは家族に対しては感情をむき出しにしても医師に対しては過剰なくらいに丁寧である。

知らないことに対して作話をして答えをはぐらかすことが多い。

アルツハイマーは神経原繊維変化が見られるがリン酸化タウ蛋白より生成され髄液中のCSF-tau濃度が上昇するが感度、特異度ともに不良。

6 . 軽度認知障害（MCI：Mild Cognitive Impairment）

明らかな記憶障害があるが記憶以外の高次脳機能障害は保たれ日常生活にも問題がみられない状態で、正常の加齢現象と痴呆の間に位置するもの。MCIでは年間6%～14%が痴呆に移行する。

7 . 痴呆の治療

現在市販されているのは認知機能障害改善薬でアセチルコリンエステラーゼ阻害剤（AChEI）である。アリセプト（ドネペジル）が世界で最も広く使われており日本ではこれだけである。その他、世界で使われているAChEIはエクセロン（リバスチグミン）とレミニール（ガランタミン）。NSAIDとスタチンも進行抑制型抗痴呆薬として期待されている。（リウマチ患者に有意にアルツハイマーの発症が少なかった）

痴呆に有効と言われる漢方薬は黄連解毒湯、釣藤散、当帰芍薬散でラットの空間認知能を改善した。欧米では日本からイチヨウ葉を輸入してイチヨウ葉エキスを抗痴呆薬、脳循環改善薬として使用している。

8 . 痴呆周辺症状の対応

- せん妄：身の回りの危険なものを片付け安全にする。夜間は不安や恐怖が基盤にあり添い寝する。明るくする。急性期にはセレネース筋注。
- 物盗られ妄想：話をよく聞き否定も肯定もしない。品物を一緒に探す。時に一緒に探すと返って猜疑心を起こす。妄想の対象者と患者の距離を置くことは有効。部屋を明るくする。リスパダール、グラマリール、セレネースなどを少量1～1.5T内服。
- 幻覚：患者は実際に感じているので訴えを否定しない。

- 興奮、暴力：抑えつけると返って興奮する。難聴のためにいらいらしていることがある。 妄想の薬の他、テグレトール処方。
- 徘徊：「実家に帰る」など言う時は訴えをよく聞き安心、納得させる。どうしても出て行くときは一緒にでかけ適当な所で連れ帰る。外へ出てしまった時は偶然会ったふりをして連れ帰る。
- 不眠、昼夜逆転：昼間は散歩に出たりできる仕事をさせる。デイケアに行かせる。 自宅では日中横にさせない。
- 夕暮れ症候群：夕方になると落ち着かなくなり「お世話になりました」と帰りたがる。対応は「迎えが来ます」、「夕食を一緒に」、「一緒に帰りましょう」と近所を一周する。

9. 痴呆性高齢者グループホーム

1990年代半ばに痴呆者のグループホームケアの有効性が検証された。介護保険により2004年4月現在国内に4442ホームある。定義は「町の中のかじりまりした家庭的な生活空間で少人数の痴呆者が専門スタッフに支えられ普通の暮らしを行う共同住居」。建物は小さく普通の家の形であること。1ユニットの入居定員は5～9人で原則個室。利用料金は介護度1～5で異なるが、介護保険利用料金(月23万円～29万円)の一割負担+食費、雑費などで月8万円～20万円が多い。ただ密室性ゆえケアの低下の危険があり自己評価と年一度の外部評価が義務づけられている。グループホームケアの有効性は特別養護老人ホームや老人保健施設にも波及し大型施設を小さな家庭的単位に分けるユニットケアが始まっている。

10. 後見人制度

平成12年に今までの「禁治産」、「準禁治産」制度が廃止され、禁治産「後見」、準禁治産「補佐」に改められまたその下に「補助」もできた。

「後見」は自分で買い物もできず自分の財産を管理できぬ場合。

「補佐」は買い物くらいはできるが不動産売買や金銭の貸し借りができぬ場合。

「補助」は重要な財産行為はできるかもしれないが、できるかどうか危惧される場合。

申請は利用者本人、配偶者、4親等内の親族、市町村長が行う。居住地の家庭裁判所に「申立書」を提出する。その審判には「鑑定」(植物状態では不要)、「診断」が必要である。医師が発行する診断書はきわめて重大な効果を持つので、その発行は厳に慎重でなければならない。

11. 治療可能な痴呆

- NPH (正常圧水頭症): 三徴 (痴呆、歩行障害、尿失禁) CT で脳室拡大、PVL、正常圧でなぜ脳室が拡大するかわかってない。手術しても半数は痴呆が改善しない。
- 続発性水頭症: SAH、髄膜炎、脳腫瘍などの後。
- 慢性硬膜下血腫: 痴呆が唯一の症状のこともある。
- 脳梗塞: 尾状核梗塞、視床梗塞では大きさが小さくても痴呆を起こすことがある。
- VB1欠乏症: Wernicke 脳症 (3主徴: 急性意識障害、外眼筋麻痺、小脳失調) と多発性神経炎を起こす。 中脳水道周辺、第3脳室周辺の視床に点状出血を伴う不完全壊死。早期に治療しないと 記憶力障害と作話を主とする Korsakoff 症候群に移行する。
- ペラグラ: ナイアシン欠乏による3D徴候 (dementia, diarrhea, dermatitis) 北朝鮮に多いと言われる。Wernicke と併発することがある。
- VB12欠乏 (悪性貧血、痴呆、精神症状: megaloblastic madness、視神経障害)
- 葉酸欠乏: 痴呆を起こすことがある。
- 甲状腺機能低下
- 副甲状腺機能亢進 / 低下 (高Caまたは低Ca)
- Addison 病: 精神症状は半数に見られる。
- 低血糖: 低血糖発作を繰り返すとストレス蛋白の合成が進み脳内 glucose transporter が増加し低血糖発作が出にくくなることがある。 このため、糖があるレベル以下になると低血糖の前駆症状なしに痴呆症状を呈することがある。
- 肝性脳症: 高アンモニア血症、意識障害、flapping tremor
- 尿毒性脳症: BUN、Cr 高値、flapping tremor
- 透析脳症: アルミニウム製剤による。今は少ない。
- 高K (せん妄)、低K (抑うつ、痴呆)
- 低Na、120mEq 以下で意識障害。急速に補正 (18mEq/24Hr 以上) すると橋中心髄鞘崩壊が起こる。
- 低酸素血症
- 過粘度症候群: 多発性骨髄腫、マクログロブリン血症
- てんかん: 慢性になると痴呆症状がでる (epileptic pseudodementia)
- SLE: 20~60%で中枢神経症状が出る (CNS ループス)。 若い女性の痴呆では SLE 疑う。
- 傍腫瘍性辺縁系脳炎: 腫瘍の遠隔効果により海馬、扁桃体を中心とする辺縁系変化による痴呆様症状を呈する。Hu 抗体。
- 薬物: 向精神薬、抗がん剤、抗コリン剤