

脳血管性認知症を 理解しよう

山口晴保 群馬大学大学院保健学研究科教授

前回紹介した「認知症タイプ分類質問票」全43項目；山口晴保研究室のホームページ掲載」で、脳血管性認知症の特徴的な症状として、下記の8項目を示しました。

- ①動作が緩慢になった（レビー小体型認知症と共通）
- ②悲観的である（レビー小体型認知症と共通）
- ③やる気がない
- ④しゃべるのが遅く、言葉が不明瞭
- ⑤手足に麻痺がある
- ⑥飲み込みにくく、むせることがある
- ⑦感情がもろくなった（涙もろい）
- ⑧思考が鈍く、返答が遅い

今回は、脳血管性認知症では、なぜ上記の症状が出るのか、また、どうしてそれらが脳血管性認知症の特徴なのか、そして、それに対してどうケアしたらよいのかを解説します。

脳血管性認知症の成因

私は、病理学の大学院を出たあとに神経内科に入って臨床医をスタートしました。最初の研修病院は脳卒中専門でした。当時(1980年代)は、太い血管が詰まって片麻痺を生じるような大発作を何度か繰り返して、階段状に進行する脳血管性認知症のケースをたくさん経験しました。

しかし、最近の脳血管性認知症は、大脳白質の虚血性病変(小さな動脈の硬化による血流低下)や大脳基底核の多発性小梗塞が原因のものが多くなりました。いわば小血管病変が原因で、一つひとつの病変は無症状か、ごく軽度の症状を示すに過ぎません。このため、階段状の進行ではなく、アルツハイマー型認知症のように徐々に進行していくケースが多くを占めています。階段状の進行にこだわると、脳血管性認知症の多くを

見逃してしまうことになります。

8項目の背景

①「動作緩慢」➡動作が緩慢な認知症には、(1)パーキンソニズムが見られるレビー小体型認知症とパーキンソン病関連、(2)正常圧水頭症、(3)脳血管性認知症、頻度は少ないものの(4)甲状腺機能低下症の4種類があります。部屋に入ってから椅子に座るまでの動作をみただけで、アルツハイマー型認知症や前頭側頭型認知症との違いが分かります。つまり、動作が緩慢かどうかで、認知症を大別できるのです。中脳黒質(パーキンソン病ではここが壊れる)からドーパミンを受け取る大脳基底核に多発性ラクナ梗塞がある脳血管性認知症では、パーキンソン症状が出てしまいます。

②「悲観的」➡悲観的なのはうつ症状で、レビー小体型認知症の初期ではうつが主症状のことがあります。脳血管性認知症でも、「手足が不自由になる」、「しゃべりにくい」などの障害を自覚して、うつになる傾向があります。一方、アルツハイマー型認知症は病識(自覚)が低下するので、発症すると一見多幸的に見えます。

③「やる気がない」➡この症状を「アパシー」といいます。これは、前頭葉白質の虚血性病変が関与しています。「刺激しないと何もしないでごろごろしている」、「テレビの前から動かない」といった症状がアパシーです。それでいて、本人には困った様子がない点が、うつと異なります(表)。うつは、「自分には生きる価値がない」などと非観的になるのが特徴で、本人は困っています。うつへの対応は、身体活動(運動)が効果的です。リズムカルな運動により、脳内セロトニンが増えて気持ちが明るくなります。薬剤ではSSRIという抗うつ薬を試してみると有効な場合が多いです。「多

表 うつとアパシーの違い

	うつ	アパシー
気分	悲観的、絶望	無感情、やる気なし
自己洞察	病識過剰 (本人が困っている)	病識低下 (本人が困っていない)
薬剤	抗うつ剤(SSRI)	アセチルコリンやドーパミンを増やす薬剤
ケア	身体活動	ほめる
合併	レビー小体型認知症に多い	脳血管性認知症に多い

い」と書いたのは、抗うつ剤でかえって眠気や混乱が生じるケースが時々あるからです。これが認知症薬物療法の難しいところで、脳に病変ができて脆くなっているのが過剰な反応を生じやすいというのが、認知症全般の特徴です。ですから、薬剤は使ってみてよければOK、だめなら中止が基本となります。

アパシーは、介護者にとっては、ある意味「楽な症状」です。放っておけば、おとなしくしていて、介護者が困ることは行わない優等生です(入浴や排泄介助への抵抗はあっても)。しかし、これを放置していると、廃用性の機能低下がドンドン進行します。アパシーへの対応は「ほめる」ことです。ほめられてドーパミンが放出されると、やる気が高まります。薬剤ではアルツハイマー型認知症治療薬のドネペジルなどアセチルコリンを増やす薬剤や、アママンタジンというパーキンソン病治療薬の少量投与が有効です。

④「しゃべるのが遅く、言葉が不明瞭」、⑥「飲み込みにくく、むせることがある」⇒これらの症状はアルツハイマー型認知症でも出現しますが、末期に近づいてからです。早期からこの症状が出るのが脳血管性認知症の特徴です。

しゃべる・飲み込むには、口腔(舌や口唇)～咽喉～喉頭の諸筋群を上手に動かす必要があります。これらの筋を動かす司令部は下部脳幹(橋～延髄)にあり、大脳の両側から命令を受け取っています。身体運動の命令は、右大脳皮質から左脊髄の司令部へというように反対側に伝わります。このため、脳梗塞では、大脳病変と反対側の半身に運動麻痺が生じます。

しかし、しゃべる・飲み込むは人間が生きていくのに必須の能力なので、左の司令部が左右両側の大脳皮質からの命令を受け取る、右の司令部も同様に左右両側の大脳皮質からの命令を受け取るというように、安全装置が働いています。このため、大きな脳梗塞になっ

て半身が動かなくなっても、麻痺側の咀嚼や嚥下・発声に必要な諸筋肉は動くので、しゃべる・話すが可能です(不完全にはなりますが)。ただし、大脳白質に両側性の病変が広がるとアウトです。この状態を仮性球麻痺と言います。認知症の初期～中期に構音・嚥下障害が見られたら、脳血管性認知症が疑われます。

⑤「手足に麻痺がある」⇒頸椎症など脊髄疾患も多いですが、この症状は脳血管障害の存在を疑わせます。脳血管障害では左右差に注目します。

⑦「感情がもろくなった(涙もろい)」⇒これは情動への抑制がとれた症状で、前頭葉機能障害です。脳血管性認知症では、「おはよう」という声かけ刺激だけで、大声での泣き笑いになったりします。悲しいはずがない種々の情動刺激に対して簡単に泣くという特徴があります。これには、笑顔や、否定しないポジティブな声かけで対応しましょう。

⑧「思考が鈍く、返答が遅い」⇒この症状は、前頭葉機能である注意・実行機能障害を表しています。たとえば、「お歳は幾つですか?」と尋ねると、「……もう、こんな歳になってしまっ……」などと、時間をおいてゆっくりとしゃべる、悲観的な内容の答えが返ってくる場合は脳血管性認知症です。アルツハイマー型認知症でしたら、「あらいやだ、先生、女性に歳なんか聞かないでよ!」と、間髪を入れずに素晴らしい切り返しがなされます(実際の年齢は答えられません)。

大脳白質に病変があると、前頭葉と大脳・基底核の各部を結ぶ線維連絡網が壊れてしまいます。そのために、「全体的に脳の回転が鈍い」→「思考がのろい」、「動作がのろい」、「返答がのろい」という症状や、調理など段取りを立てて実行する機能の障害になります。

ケアでは、ゆっくり待つことが大切です。「できない」と即断して「余計な手出し」をするのではなく、待つてあげましょう。じっくり待って、一段階ずつの適切な声かけで実行機能障害を補えば、できることが増えるはずですよ。



やまぐち・はるやす ● 群馬大学医学部卒業。同大学院で神経病理学を学ぶ。現在、群馬大学大学院保健学研究科リハビリテーション学講座教授。主な著書に『認知症の正しい理解と包括的医療・ケアのポイント～快一徹!脳活性化リハビリテーションで進行を防ごう』『認知症予防～読めば納得!脳を守るライフスタイルの秘訣』(ともに協同医書出版)。日本認知症学会副理事長。日本認知症ケア学会評議員、ぐんま認知症アカデミー代表幹事。