

7病棟で診断した症例

秋田県立リハビリテーション

・精神医療センター

老年精神科

佐藤隆郎

本日の話の内容

- ①ものわすれ外来の仕事
- ②認知症を診断する意味
- ③実際の2症例

ものわすれ外来は増えている。どこにあるか

- 大学病院、大規模総合病院
- 精神病院
- クリニック、診療所

大学病院型ものわすれ外来 の特徴

- 認知症の初期診断
- 遺伝子検査などの研究
- 治療薬開発

精神病院型ものわすれ外来 の特徴

- 周辺症状への対応
- 認知症疾患の入院病棟あり
- 重度の認知症患者を対象とする
- 施設での介護を支える

診療所型ものわすれ外来 の特徴

- ものわすれの身近な相談所
- 地域医療と連携したプライマリケアの窓口
- 介護サービスの提供、家族支援

リハセンの性質

- 精神科とリハビリテーション科が中心で、総合病院ではない
- 精神病院では困難な画像検査（MRI,SPECT）が可能
- 交通は車が便利

リハセンのものわすれ 外来の意義

- 認知症の初期診断
- 各種画像検査、心理検査
- アルツハイマー病治療薬／向精神薬の投与
- 入院治療の窓口（認知症病棟100床あり）
- 電話相談などでの在宅／施設介護支援

治療の前に診断を

- アルツハイマー病治療薬が出現→家族の過剰な期待。「薬を飲めばよくなる」
- しかし、根本的な治療薬ではなく、進行を遅らせるだけ
- 薬を処方する前に診断が必要。例えば、慢性硬膜下血腫による認知症にドネペジルは無効

認知症を診断する意味

- ものわすれ外来では診断はするが何もしてくれないという家族の不満がある
- 診断によってその後の展開はある程度予想できる。病気が何であり、今後どうなるのかを知らせること自体に意味がある
- 治療によってよくなる可能性がある患者には、希望を与えることができる
- 治療によってよくなる可能性のない患者には、病気を受容できるように援助する

7病棟で診断したまれな 認知症

- 診断の話は難しく人気がないが、診断は医療の基本なので、まれな認知症の2例を紹介する

認知症の原因となる疾患

- アルツハイマー型認知症
- レビー小体型認知症
- 脳血管障害
- 前頭側頭型認知症
- 進行性核上性麻痺
- 皮質基底核変性症
- クロイツフェルトーヤコブ病
- ハンチントン舞踏病
- ウェルニッケ脳症
- 低酸素脳症
- 頭部外傷
- 脳炎
- 脳腫瘍
- 中毒
- 正常圧水頭症
- 慢性硬膜下血腫

クロイツフェルトーヤコブ病

- 狂牛病、肉骨粉で注目された病気
- 感染と無関係の孤発性が多い
- 進行が極めて速く、平均4ヶ月で死亡する。病気の進行を防ぐ薬はない

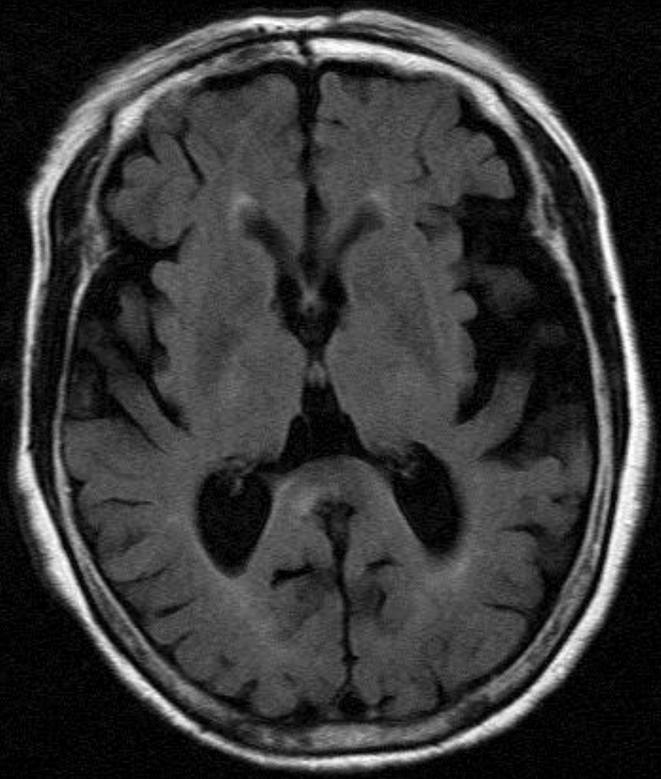
早期診断が必要な背景

クロイツフェルトーヤコブ病は不眠や不安などから最初は精神科を受診して、うつ病など精神疾患と診断される場合がある。感染予防の観点からもクロイツフェルトーヤコブ病を早期に診断することが望ましい。

症例：高齢女性 現病歴

- 4月 ふらつき、物忘れ。
- 7月会話ができなくなった。歩行不安定。夜間動き回った。当センター精神科入院。

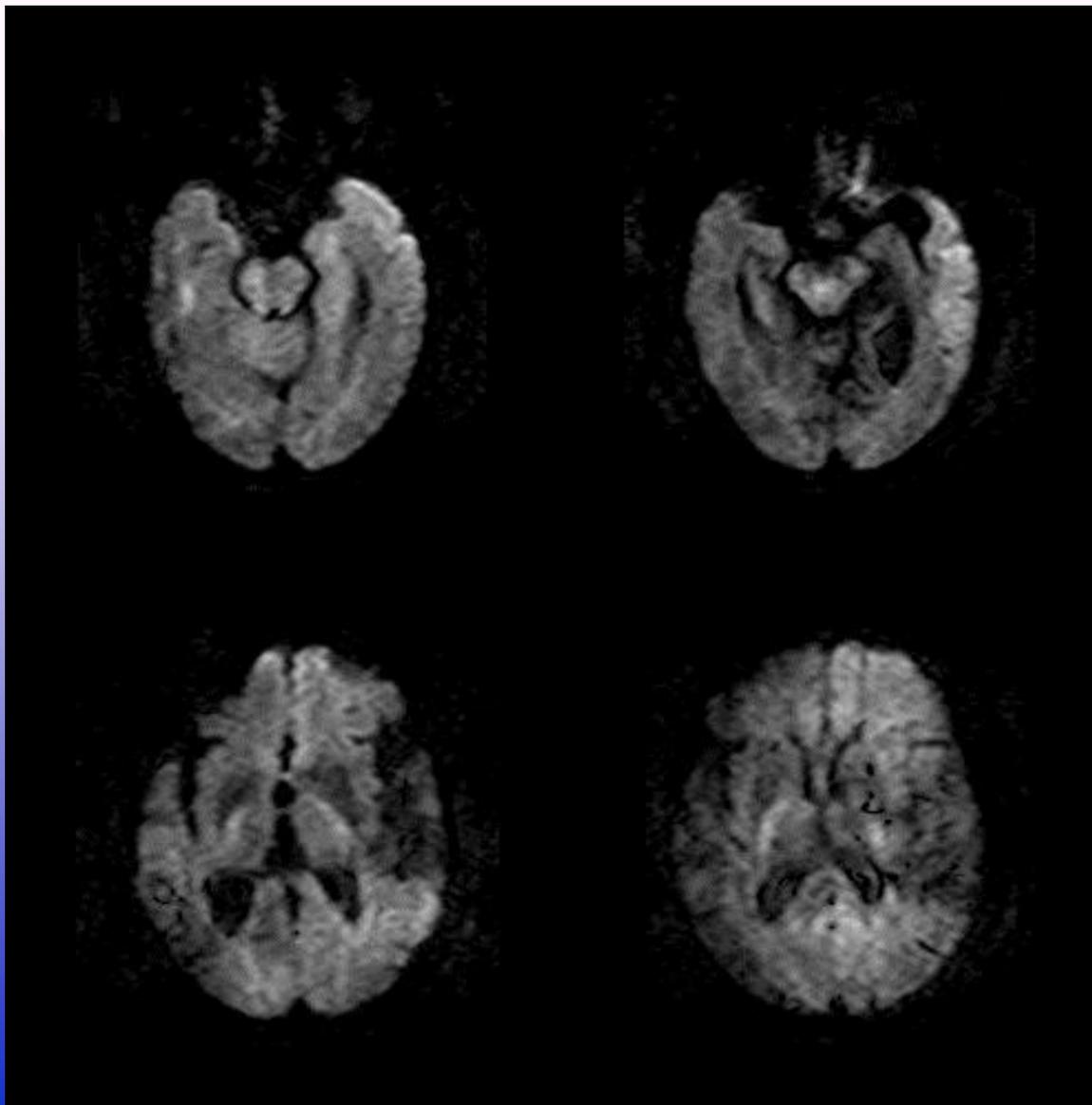
5月頭部MRI



入院後の経過

- 徘徊あり、まとまらない行動。数日で食事が摂れなくなった。
- 頭部MRIで側頭葉に高信号域。アーチファクトと紛らわしかった。

確定診断のために他院に転院

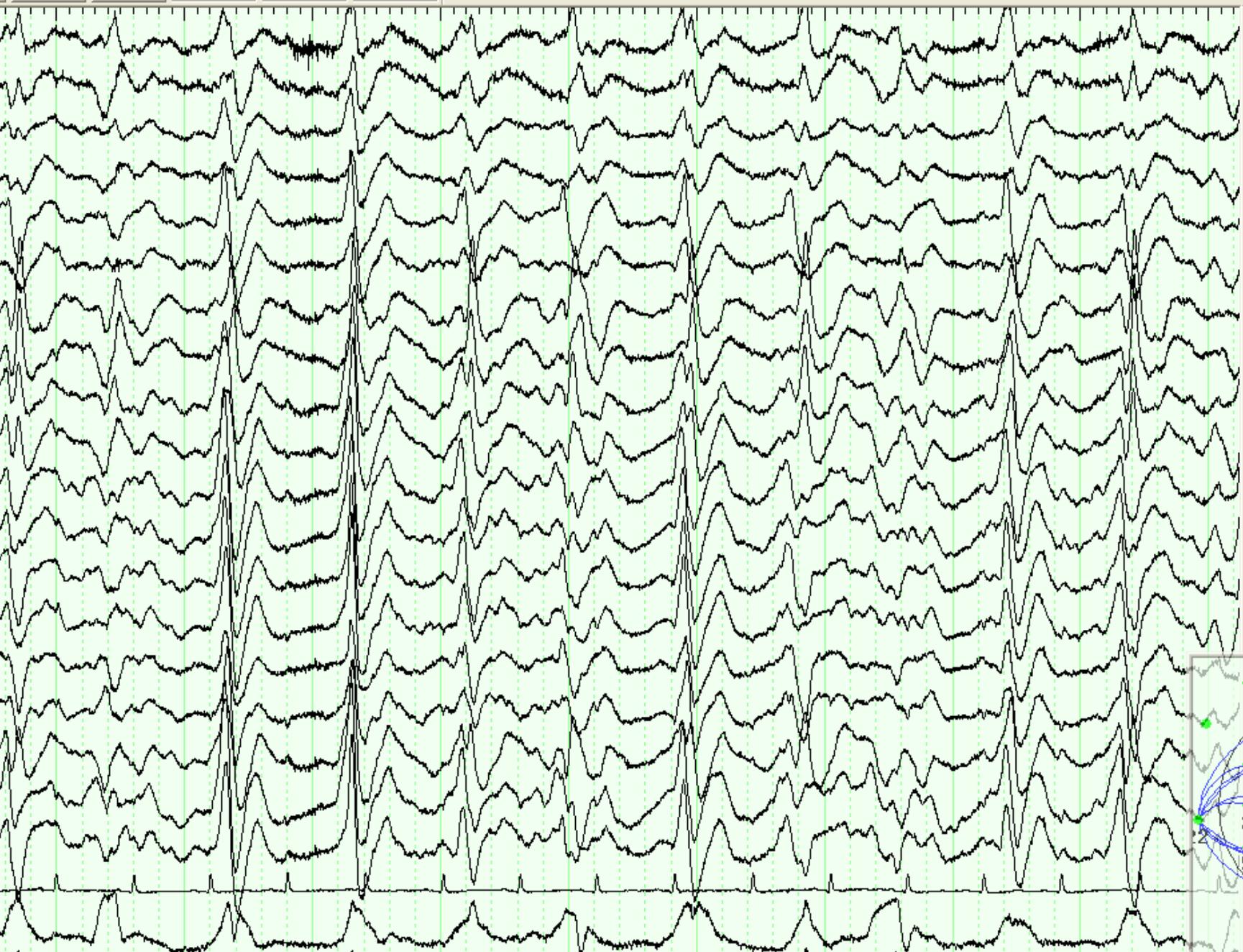


他院での経過

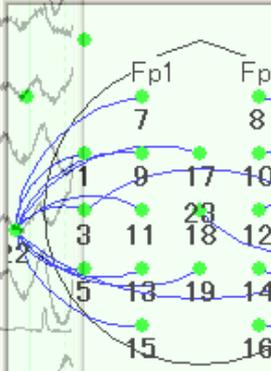
- 髄液中のタンパクが異常
- 脳波上周期性同期性放電あり
- 不随意運動（ミオクローヌス）あり
- 頭部MRIで皮質に沿った高信号域
- 孤発性のクロイツフェルトーヤコブ病（ほぼ確実例）と診断された

当センター再入院後 の経過

- 発熱、頻脈が出現。
- しゃべらず、体を動かさない状態。
- 10ヶ月後当センターで死亡。



- イベント名
- REC START IFS S
 - A1+A2 OFF S
 - REC START IFS S
 - A1+A2 OFF S
 - Recording Gap S
 - REC START II.S
 - A1+A2 OFF S
 - Recording Gap S
 - REC START II.S
 - A1+A2 OFF S
 - Recording Gap S
 - REC START III.S
 - A1+A2 OFF S
 - Recording Gap S
 - REC START III.S
 - A1+A2 OFF S
 - Recording Gap S
 - REC START IV.S
 - A1+A2 OFF S
 - Recording Gap S
 - REC START IV.S
 - A1+A2 OFF S
 - Recording Gap S
 - REC START IV.S
 - A1+A2 OFF S
 - Recording Gap S
 - REC START IV.S
 - A1+A2 OFF S
 - Recording Gap S
 - REC START IV.S
 - A1+A2 OFF S
 - Recording Gap S
 - REC START IV.S
 - A1+A2 OFF S
 - PAT IA CAL S



回復しない認知症の患者 に何ができるか

- 最期までそばによりそう—感染症の危険のためにあまりできなかった
- 家族に病気の経過について納得して、死を受容していただく
- 自分の人生について楽しく回顧してもらおう—失語のためにできなかった

石灰沈着を伴うびまん性 神経原線維変化病

- 病理解剖からでてきた診断で、脳内に老人斑がなく神経原線維変化が広い領域にある
- 脳内に石灰化がある
- アルツハイマー病と前頭側頭型認知症の両方の症状がある
- 失語症、小脳症状、パーキンソン症状を呈することがある
- 50代の発病も多く、全経過は10–20年？

高齢男性 現病歴

- 2年前転倒してから歩くのが遅くなった。1年前物忘れが激しくなった。「お金を盗まれた」と妄想が出現したため、当センター入院した。長谷川式スケール改訂版5点。ADAS51/70点。小刻みでゆっくりした歩き方でパーキンソン症状があった。小脳症状はなかった。言葉の出が悪かった。

検査結果

- 頭部CT/MRIで両側の小脳・基底核・視床・右側頭葉に石灰化。
- 脳血流は両側側頭葉・頭頂葉で高度低下。
- カルシウム濃度と副甲状腺ホルモンは異常なし。

頭部CT

- 小脳・基底核・視床・
右側頭葉に石灰化
前頭葉／側頭葉の高度萎縮



診断について

- やや高齢ではあるが、神経所見と画像所見は石灰沈着を伴うびまん性神経原線維変化病に一致。
- しかし、病理解剖がないために診断確定はできなかった。

入院後の経過

- 日常生活は少し介助が必要だった。
- 脳の萎縮が激しい割には会話がまずまず成立して、対人交流が良好だった。
- 病気の予後が必ずしも悪くないことを家族に説明して、希望を持ってもらった。
- 自宅に退院した。

私の目標

- 少しでもよい状態にする
- 患者に最期まで幸せに生きてもらう

7 病棟の治療の特色①

- 毎日患者の状態を評価
- 覚醒度／活動性／食事量／周辺症状／対人関係

7 病棟の治療の特色②

- 最新の医学研究を取り入れる
- 学会参加、論文の抄読会
- 薬物治療、胃瘻の器具、特殊ベッドなど

7 病棟の治療の特色③

- 過去1000人の治療経験を参考に
する。過去の失敗を繰り返さない
- データベース作成中
- 教科書にある標準的な治療を行
うだけではなく、患者の状態に
合わせた治療を提供