

いくと言われています。また、サイコロを斜めから見て立体的に描いてもらうテストも有用です。

御家族や介護者が困ることは、夜間不眠・徘徊・暴力・易怒性などと思います。アルツハイマー型認知症で、症状が悪化する場合は薬物療法の適応になります。うつや無気力が目立つ場合は、コリンエステラーゼ阻害薬（アリセプト、レミニール、リバスタッチパッチ、イクセロンパッチ）が、興奮や易怒性が目立つ場合は、メマンチン（メマリ）が有用と言われています。薬の効果は、長谷川式知能評価スケールなどで判定します。

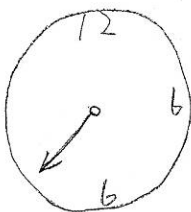
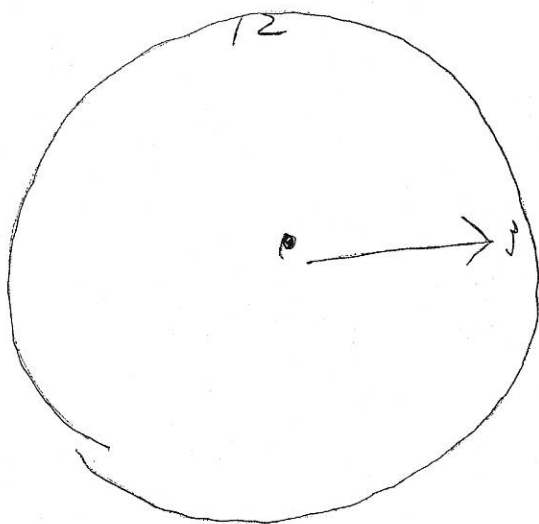
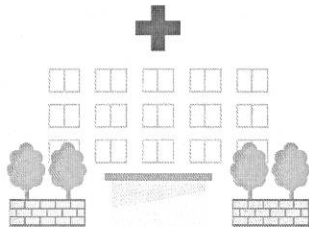
最後に強調したいことがあります。アルツハイマー型認知症かと思っていたら、実は数パーセントに、手術で治る可能性がある認知症というのがあります。その代表が、正常圧水頭症と慢

性硬膜下血腫です。

正常圧水頭症は、進行性に認知症状・歩行障害・失禁が悪化するもので、髄液を抜くタッピングテスト（髄液排除試験）と画像検査（MRI、CT）が必要です。最近増えています。治療は外科治療（髄液シャント術・全身麻酔）になります。

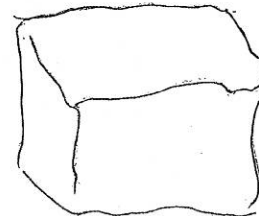
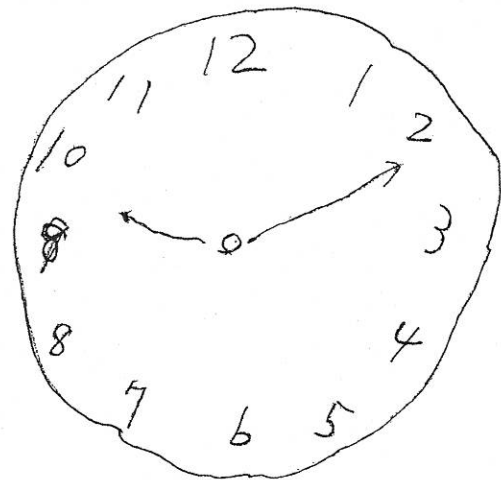
慢性硬膜下血腫は、頭部外傷から数週間〜数月後に脳の表面に血液が溜まる病気で、画像検査（CT）で診断でき、治療は外科治療（穿頭血腫洗浄術・局所麻酔）になります。

どちらにしても早期発見が重要です。御本人のみならず周囲の人も気を付けて下さいね。



←サイコロの意味が理解できず書けなかった。

長谷川式 7/30の場合（重度）



長谷川式 17/30の場合（軽度）

時計描画テストとサイコロ描画の認知度別のパターン

公立世羅中央病院だより



認知症について(脳神経外科の立場から)

脳神経外科部長 門田 秀二

日本は世界の最長寿命国です。

必然的に高齢者で認知症の患者さんも増えて行きます。2012年には、450万人認知症高齢者がいましたが、2025年には700万人になると推定されています。専門医だけで対処できる数字ではありませんので、家庭医・プライマリケア医の役割が極めて重要になります。

認知症の約6割がアルツハイマー型認知症とされています。脳外科的立場からは、約2割に脳血管性認知症という脳梗塞から認知症が出現するパターンがあります。その両者の鑑別(病気の区別)はハッチンスキー虚血スコアという方法である程度可能ですが、両方を合併する場

合もかなりあります。

アルツハイマー型認知症の特徴は、

①もの忘れが数年前からはじまり、次第に悪くなる。(最近の事が思い出せない。物の置き忘れ、しまい忘れなど)

②言葉は普通で、歩行障害などはない。

③幻覚ははじめのころはない。

④脳MRIや脳CTでは、海馬と頭頂部の萎縮が目立つ。などです。

脳血管性認知症の特徴は

①高血圧が関与することが多い。

②急激な発症と階段状の悪化がみられる。

③夜間せん妄、抑うつ状態がみ

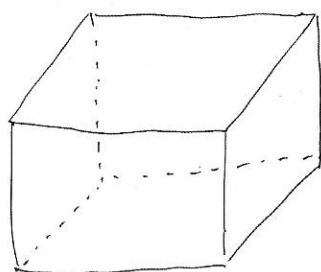
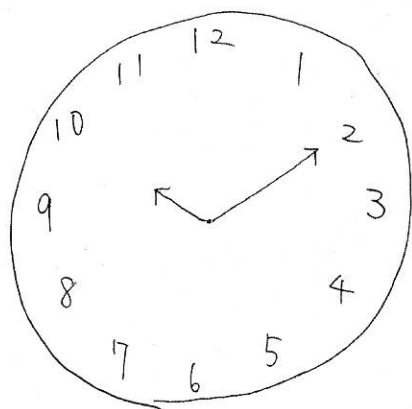
られる。

④脳梗塞による症状がみられる(麻痺や言語障害)。などです。

認知症の種類には他にレビー小体型認知症や前頭側頭型認知症などありますが、むつかしくなるので割愛します。

認知症を御家族が見つけるの

は意外に簡単ではありませんが、本人を怒らせずにみつける方法もあります。時計描画テストと言って、アナログの時計盤に1〜12の数字を入れてもらって短針と長針を描き入れて、10時10分を表現してもらうテストです。アルツハイマー型認知症の場合、文字盤は正しく描けるのに針が正しく描けず、進行するに従って文字盤の描画も困難になって



長谷川式 30/30の場合 (正常)