

利用可能な対症療法の最善の利用方法とケアの指針を示す

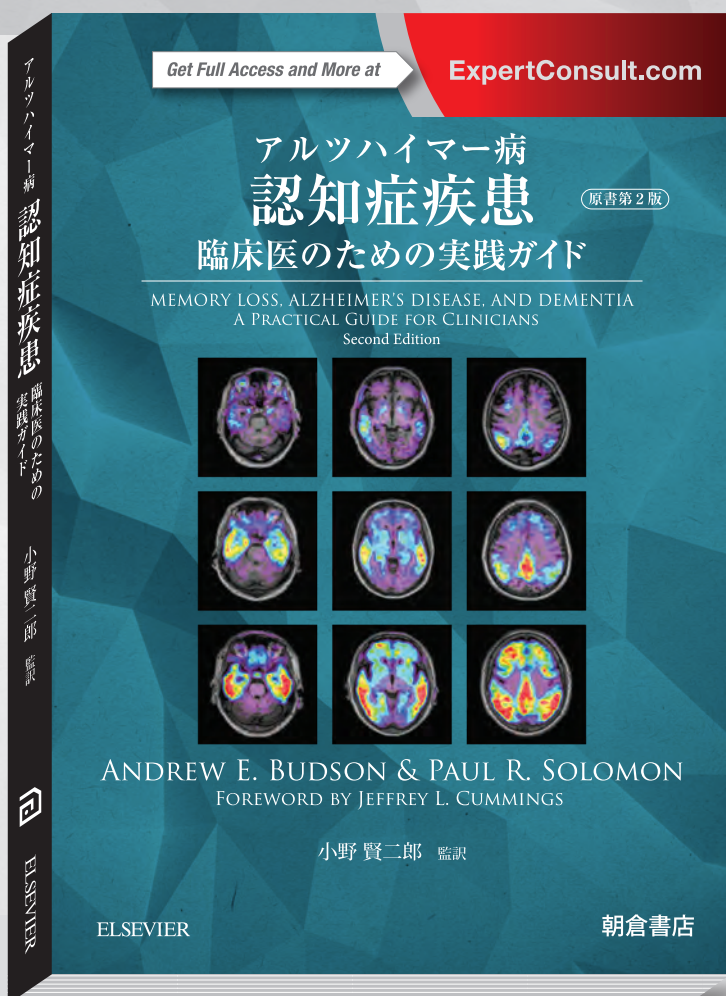
アルツハイマー病 認知症疾患

原書第2版

— 臨床医のための実践ガイド —

A. E. バドソン (退役軍人ボストン医療システム病院) & P. R. ソロモン (ウィリアムズ大学) 著
小野 賢二郎 監訳

- ▶ 明快なイラストと解説で実践的な対策を解説。臨床医必携の1冊。
- ▶ 4000人以上の記憶障害、3万人以上の認知症の治療経験に基づく最新の知見。豊富な図・写真のほか、臨床兆候・診察・検査の理解に役立つ動画を多数提供。
- ▶ 本書購入者は、本書（日本語）と原著（英語）の電子データが閲覧でき、さらに本文の内容を補足する原著動画（英語）が視聴可能に。



- B5判 272頁
オールカラー
- 定価(本体12,000円+税)
- ISBN978-4-254-32257-6 C3047
- 2017年11月刊行

朝倉書店

本書を推薦します

アルツハイマー病研究の第一人者 J. L. カミングス

アルツハイマー病は現在、癌や心臓血管障害よりも米国経済にとって負担となっている。認知症またはアルツハイマー病患者への最適なケアは、現在利用可能な方法の最善な適用にかかっている。本書は、アルツハイマー病及び他の形態の記憶障害を有する患者の診断とマネジメントに関する優れた総括で、述べられているアドバイスは実用的・包括的そして洞察力のあるもので、臨床医が診療所に必ず持っていかなくてはならない有用なリソースである。

(本書「まえがき」より)

目次

第I部 記憶障害または認知症患者の評価

1. なぜ記憶障害、Alzheimer病及び認知症を診断、治療するのか?
2. 記憶障害や認知症状を示す患者の診察
3. 記銘障害、軽度認知障害、認知症患者へのアプローチ

第II部 記憶障害と認知症の鑑別診断

4. Alzheimer病による認知症と軽度認知障害
5. Lewy小体型認知症 (Parkinson病による認知症を含む)
6. 血管性認知症と血管性認知障害
7. 原発性進行性失語／発語失行
8. 前頭側頭型認知症
9. 進行性核上性麻痺
10. 大脳皮質基底核変性症
11. 正常圧水頭症
12. Creutzfeldt-Jakob病
13. 慢性外傷性脳症
14. 記憶障害や認知症をきたす他の疾患

第III部 記憶障害、Alzheimer病及び認知症の治療

15. 記憶症とAlzheimer病、認知症の治療目標
16. コリンエステラーゼ阻害薬
17. メマンチン (後発医薬品とNamenda XR®)
18. 記憶障害、Alzheimer病及び認知症に対するビタミン、ハーブ、サプリメント、抗炎症薬
19. 記憶障害、Alzheimer病及び認知症に対する治療薬の展望
20. 記憶障害、Alzheimer病及び認知症に対する非薬物療法

第IV部 認知症の行動・心理症状

21. 認知症の行動・心理症状の評価
22. 介護者へのケアと教育
23. 認知症の行動・心理症状に対する非薬物療法
24. 認知症の行動・心理症状に対する薬物療法

第V部 その他の問題

25. 記憶障害、Alzheimer病及び認知症患者の生活適応
26. 記憶障害、Alzheimer病及び認知症における法的、経済的問題
27. 記憶障害、Alzheimer病及び認知症における特有の問題

付録

- A 記憶障害、Alzheimer病及び認知症を診断するための認知機能検査と質問紙、検査説明、基準値
- B 記憶障害、Alzheimer病及び認知症のスクリーニング
- C Alzheimer病とその他の軽度認知障害や認知症の原因となる疾患による記憶障害

本文組見本
(約 60%縮小)

補足ビデオ
マーク



第9章

進行性核上性麻痺

本章の補足ビデオは、オンライン (expertconsult.com) で視聴できる。

Quick Start : 進行性核上性麻痺

定 義	・進行性核上性麻痺 (progressive supranuclear palsy : PSP) は脳内の過剰リン酸化タウ蛋白のアイソフォームの蓄積によって発症する神経変性疾患である。 ・主徴候は、垂直性眼球運動障害 (核上性麻痺) であり、同時に、後方への転倒を伴う姿勢反射障害、「酔った船員」のような歩行、体幹の筋強剛、前頭葉徴候を呈し、最終的に、構音障害と嚥下障害が出現する (偽性球麻痺)。 ・ヘルスケアの専門家に有用な情報が以下のウェブサイトで見られる。 www.psp.org/education/professionals.html
有 病 率	・進行性核上性麻痺の有病率は 10 万人中 5 ～ 6 人である。 ・疾患発症の平均年齢は 66 歳である。 ・診断から死亡までの予後は 5 ～ 10 年である。 ・遺伝的危険因子やその他の危険因子は知られていない。
遺伝的危険率	・早期の認知及び情動性の症状としては、心理過程の全般的な緩慢化、遂行機能障害、構音障害または発語失行、易刺激性、易怒性、アパシー、内向性と抑うつ症状がある。
認知症状と行動上の症状	・中年期以降に発症し、下方への注視障害を伴う核上性麻痺を呈する変性疾患であり、以下の主要症状が少なくとも 2 項目ある。 ・姿勢保持の不安定性と後方への転倒 ・体幹の筋強剛とジストニア ・偽性球麻痺 ・嚥下と筋強剛 ・前頭葉徴候 ・思考の緩慢化 (精神緩慢) ・便秘 ・把握 ・利用行動
診断基準	・進行性核上性麻痺患者では、磁気共鳴画像 (MRI) 上で中脳の萎縮をしばしば認める。中脳の萎縮の減少が測定できる。
治 療	・治療は支持療法からなる。 ・考慮すべき対症療法薬としては、レボドパ / カルbidopa (Sinemet)、メマンチン、アママンタジンがある。
重要な鑑別疾患	・大脳皮質基底核変性症、Lewy 小体型認知症、脳血管性認知症、前頭側頭型認知症、Creutzfeldt-Jakob 病、正常圧水頭症、Huntington 病、多発性硬化症、薬剤の副作用

外 来にきた 62 歳の男性患者は奇妙な話をした。患者はカリフォルニアからボストンまで車を運転していた。ガソリンスタンドに立ち寄ったときに、店員は彼が酔っ払っていると思い警察に通報した。警官は、彼

ある。外来での患者の主訴は嘔りにくさであり、話し方は非常に遅く、吃音と構音障害が認められた。診察では、垂直性の注視を含めて全方向性の眼球運動の緩慢化が明らかであった。頭部を縦線に動かす間、真つ

64 第II部 記憶障害と認知症の鑑別診断

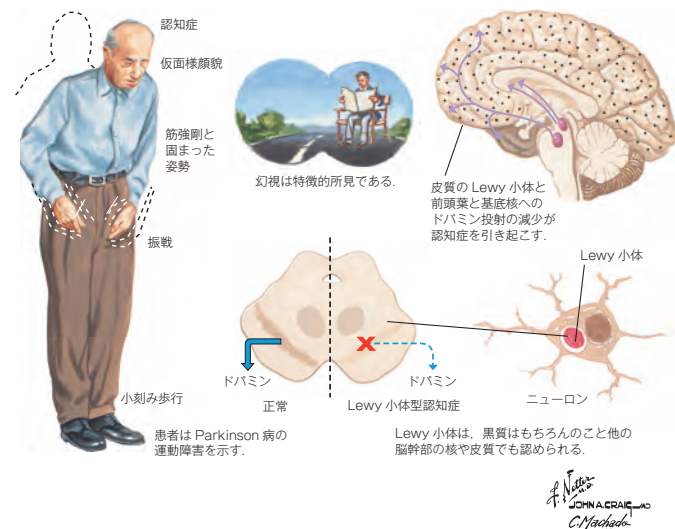


図 5.1 Lewy 小体型認知症における主要な臨床及び病理解の異常初見。(Netter illustration from www.netterimages.com. Copyright Elsevier Inc. All rights reserved.)

Box 5.1 Lewy 小体型認知症改訂版診断基準の抜粋

1. 診断に必須
 - a. 通常の社会生活や職業に支障をきたす進行性の認知機能の低下がみられる認知症。注意、遂行機能、視空間認知能力の障害がしばしば目立つ。初期では記憶障害が目立たないこともある。
 - b. 中核的特徴 (二つあれば Lewy 小体型認知症はほぼ確実例。一つでは Lewy 小体型認知症疑い例)
 - a. 変動する認知 (注意と覚醒度に著しい変化が認められる)。
 - b. 幻視 (繰り返す、具体的な、詳細な、人や動物の形を有する)。
 - c. 抗精神病薬に対する高度感受性。
 - d. 単光子放出コンピュータ断層撮影 (SPECT) や陽電子放射断層撮影 (PET) 画像検査での基底核におけるドーパミントランスポーター集積低下。
 - c. 支持的特徴 (通常認められるが診断特異度が証明されていない)
 - a. 繰り返す転倒。
 - b. 原因不明の一過性の意識消失。
 - c. 起立性低血圧。
 - d. 脳血流 SPECT・PET スキャンにおける後頭葉の低血流。
2. 中核的特徴 (二つあれば Lewy 小体型認知症はほぼ確実例。一つでは Lewy 小体型認知症疑い例)
 - a. 変動する認知 (注意と覚醒度に著しい変化が認められる)。
 - b. 幻視 (繰り返す、具体的な、詳細な、人や動物の形を有する)。
 - c. 抗精神病薬に対する高度感受性。
 - d. 単光子放出コンピュータ断層撮影 (SPECT) や陽電子放射断層撮影 (PET) 画像検査での基底核におけるドーパミントランスポーター集積低下。

102 第II部 記憶障害と認知症の鑑別診断

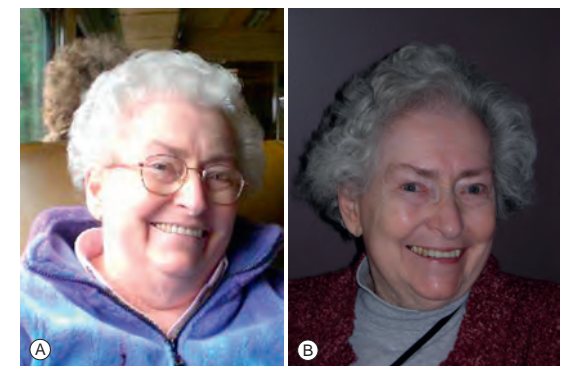


図 9.2 進行性核上性麻痺による表情の変化。進行性核上性麻痺と診断される数年前の表情 (A) と比べて、診断後 (B) はやや驚いたような表情になっていることがわかる。

身体及び神経学的診察で注意すべきこと

神経学的診察で注意すべき最も重要な特徴は、上記のとおり、核上性垂直性注視障害である。強調すべきこととしては、垂直方向性あるいは水平方向性の眼球運動の中断が少なくとも遅延することは必須だが、下方への注視が実際に減少していることは、必須でない (ビデオ 9.1 参照) ということである。よくみられる他の眼球運動異常としては、不随意の自動的な閉眼、自発瞬目回数の減少 (0 ～ 4 回 / 分)、眼瞼が軽度下垂すること (眼瞼下垂) がある。これらの症状のせいで進行性核上性麻痺患者は、少し驚いているようで不安な表情であると記載されることが多い。このように感じるのは、瞬目回数が減ったことと併せて、患者が眉を上げることによって、眼瞼が少し垂れていることを代償しようとしていることによる (図 9.2)。

神経学的所見で注意すべき他の特徴には、発語異常 (ビデオ 9.2 参照)、歩行 (ビデオ 9.3 参照)、姿勢反射 (しばしばプルテスト [pull test] によって検査される。ビデオ 9.4 参照)、体幹の筋強剛、吸吸、把握、ジストニア、ミオクローヌスがある。失行は非常に頻度が高い (ビデオ 9.5 参照)。歩行と姿勢反射の障害によって、歩行時のバランスの喪失とよめきをきたして、頻繁に転倒する。椅子から立ち上がるときに、頭部と体幹を伸展させ、自然と後方にひっくり返ることがある。体幹の筋強剛は、他動的に緩徐に頭を動かし、頭部を前後に屈曲させることで評価できる。

認知検査での障害パターン (ビデオ 9.6 ～ 9.8)

最初に注意すべきこととして、すべての進行性核上性麻痺患者が認知機能障害を呈するわけではないということがあげられる。検査された患者の約 1/3 が中等度の認知機能障害を呈し、約 1/3 に軽度の障害があり、約 1/3 は臨床上有意味な認知機能障害を示さない、という研究がある (Maher et al., 1985)。

一般的に、認知機能の二つの主な性質が、進行性核上性麻痺患者では障害される。第 1 は心理過程の緩慢化であり、しばしば「精神緩慢」と呼ばれている。この緩慢化によって、文字とカテゴリーの課題に対する語の流暢性、トレイルメイキングテスト A、B などの、時間の測定を伴うすべての検査において、明らかな障害が生じる。

障害される第 2 の認知機能は、遂行機能である。第 2 章で詳細に記載されたとおり、遂行機能を測定する検査は多数ある。進行性核上性麻痺患者では、ロンドン塔課題 (Tower of London Task)、ACE (Addenbrooke's Cognitive Examination)、FAB (Frontal Assessment Battery) といった多くの遂行機能検査の異常が観察され、また、トレイルメイキングテスト B のようなセットシフティングの検査においても異常がみられる。

セットシフティングの検査では、患者には二つ以上の認知セットの間を行ったり来たりすることが要求される。たとえば、トレイルメイキングテスト B では、

▶ 監訳者序文より

(前略) 本書は、日々の認知症診療における問診、身体診察、神経心理学的検査から生理・検体、画像検査、治療アプローチ、さらには最新の基礎研究から疾患修飾薬開発の成果に至るまでカバーし、急速に成長するこの分野での正確な情報を網羅しています。

さらに、ケーススタディが各章に組み込まれ、臨床徴候、神経学的診察及び神経心理学的検査を説明する動画も多数収録し、インターネットを通じて閲覧することができます。

本書の訳出にあたっては、各章の質をあげるために各分野の専門性を考慮したうえで国内の認知症研究や診療をリードしている、多くの先生方にわかりやすい文章を心がけていただきました。

訳者一覧

監訳者

小野賢二郎 昭和大学医学部内科学講座神経内科学部門

監訳協力

金野竜太 昭和大学医学部内科学講座神経内科学部門

訳者 (五十音順)

石木愛子 東北大学病院加齢・老年病科
井藤佳恵 都立松沢病院精神科
岩田 淳 東京大学医学部附属病院神経内科
上野亜佐子 福井大学医学部病態制御医学講座内科学
大道卓摩 京都府立医科大学大学院医学研究科神経内科学
小野賢二郎 昭和大学医学部内科学講座神経内科学部門
狩野 修 東邦大学医学部内科学講座神経内科学分野
喜多大輔 横浜栄共済病院脳卒中診療科・脳神経外科
木原武士 洛和会音羽リハビリテーション病院神経内科
金野竜太 昭和大学医学部内科学講座神経内科学部門
黒田岳志 昭和大学医学部内科学講座神経内科学部門
古和久朋 神戸大学大学院保健学研究科リハビリテーション科学領域
阪井一雄 神戸学院大学総合リハビリテーション学部作業療法学科

澤田雅裕 東邦大学医学部内科学講座神経内科学分野
三條伸夫 東京医科歯科大学脳神経病態学分野(神経内科)
柴田展人 順天堂大学大学院スポーツ健康科学研究科
下田健吾 日本医科大学精神医学教室
下畑亨良 岐阜大学大学院医学研究科神経内科・老年学分野
仙石鍊平 東京都健康長寿医療センター神経内科・高齢者ブレインバンク
高野大樹 横浜総合病院脳神経内科
谷 将之 昭和大学医学部精神医学講座
徳田隆彦 京都府立医科大学神経内科分子脳病態解析学講座
富田泰輔 東京大学大学院薬学系研究科機能病態学教室
長田 乾 横浜総合病院臨床研究センター
濱野忠則 福井大学医学部病態制御医学講座内科学
二村明德 昭和大学医学部内科学講座神経内科学部門
松原悦朗 大分大学医学部医学科神経内科学講座
村上秀友 昭和大学医学部内科学講座神経内科学部門
矢野 怜 昭和大学医学部内科学講座神経内科学部門
山本泰司 神戸大学大学院医学研究科病態情報学(保健管理センター)
吉田光宏 国立病院機構北陸病院神経内科・認知症疾患医療センター
和田健二 鳥取大学医学部脳神経医学講座脳神経内科学分野

きりと線

【お申し込み書】こちらにご記入のうえ、最寄りの書店にご注文下さい。

アルツハイマー病

認知症疾患 臨床医のための実践ガイド

B5判 272頁 オールカラー 定価(本体12,000円+税)

ISBN978-4-254-32257-6 C3047

取扱書店

●お名前 ☐ 公費 / ☐ 私費

●ご住所 (〒) TEL

 朝倉書店

〒162-8707 東京都新宿区新小川町 6-29 / 振替 00160-9-8673
電話 03-3260-7631 / FAX 03-3260-0180
<http://www.asakura.co.jp> eigyo@asakura.co.jp