老年痴呆と脳血管性痴呆

～ Temporal profile からのアプローチ ～

平井俊策* 森松光紀 江藤文夫** 吉川政己 松岡 茂***

<要約> 老年者にみられる痴呆中もっとも大切な老年痴呆, 脳血管性痴呆および両者の混合型痴呆を, 痴呆の出現とその経過, 特に脳血管性発作や神経症状出現との時間的關係すなわち temporal profile という面から分析して次の結果を得た.

1) Temporal profile から, I, II, IIIの3型に大別し得たが, 剖検例との対比などから, I型は老年痴呆, II型は脳血管性痴呆, III型は混合型痴呆と考えられた. Temporal profile の詳しい分析が, これらの鑑別診断に有用と思われる.

2) I型すなわち老年痴呆の20%に, 末期に脳血管障害の合併を認めたが, これはIII型(混合型)とは区別すべきであると考えた.

3) II型すなわち脳血管性痴呆は, 従来, 脳動脈硬化性痴呆とよばれて来たが, 脳血管性痴呆とよぶのが妥当である旨を指摘した. またこの型の痴呆の8割は脳卒中後痴呆であり, また卒中発作がなくとも老年痴呆とは異なる神経症状を呈するものが大部分で, 神経症状なしに高度の痴呆を徐々に示すような脳血管性痴呆は, たとえあるにしてもまれと思われる.

4) 脳血管性痴呆では, 左片麻痺ないし左麻痺優位の両側性麻痺に, 精神症状を呈する例が有意に多くみられた.

5) Transient global amnesia をくり返した後に, 脳血管性痴呆に至る例のあることを指摘した.

6) 混合型痴呆は, その精神症状の出現頻度においても, 老年痴呆と脳血管性痴呆の中間に位した.

7) 老年痴呆は脳血管性痴呆に比し, 徘徊, 無意味な多動, 日中の独語, 大声, 濫集癖が有意に多く, 逆に情動失禁は脳血管性痴呆に多くみられた.

8) 混合型痴呆を狭義に用いるべきことを述べ過去の剖検例の結果と併せ考え, 老年痴呆と脳血管性痴呆がこの3型の痴呆のそれぞれ35~40%, 残りが混合型であることを述べた.

結 言

老年者にみられる大切な精神神経症状の一つとして痴呆があることは今さらいうまでもないが, わが国でも人口構成の老齢化にともなって痴呆を示す老人が増加しつつあることは周知の如くである. 老年者にみられる痴呆でもっとも多いのは, やはり脳血管障害に起因する脳血管性痴呆と, 退行変性に基づく老年痴呆ならびにその混

合型である. 私共は, 従来, 剖検例を用いて, これら痴呆に関する臨床病理学的検討を行なって来たが¹⁾²⁾が, もとより剖検例は最後の時点における断面的結果を示すものであり, これに臨床的, 継時的観察を加えて検討しなければ痴呆の主因を解明出来ないことはもちろんである. したがって, 臨床所見, 経過を如何に整理し, これら痴呆の鑑別に役立てるかということが一つの大切な課題となる. これら痴呆の鑑別診断については, 従来より多くの報告がなされてきたが, 今回私共は, より内科的, 神経学的な立場から, この問題にアプローチすることを試みた. すなわち, 従来, これら痴呆の鑑別は, その痴呆や精神症状の質的特徴に主な基準をおいて行なわれていたのに対し, 私共は, 痴呆の出現と脳血管性発作ならびに神経症状出現との時間的關係, および痴呆の進

* S. Hirai, M. Morimatsu; 群馬大学医学部リハビリテーション医学研究施設兼神経内科

** F. Eto, M. Yoshikawa; 東京大学医学部老年病学教室

*** S. Matsuoka; 初石病院
受付: 1976年4月26日

展の tempo という比較的単純な因子の組み合わせから、これら痴呆を鑑別する方法を検討し、かかる分類から逆にその精神症状を従来の鑑別基準と比較することを試みた。症状進展の tempo ということは脳血管障害の診断上もっとも重視される因子であり³⁾、これを痴呆の鑑別診断に応用しようとしたわけである。また、従来、脳動脈硬化症という言葉が余りにも安易に用いられ、従って脳動脈硬化性痴呆という言葉にも同様の傾向がみられたことは否定出来ない。剖検例における検討から、私共は、脳動脈硬化症を形作っているものが、結局は multiple lacunar infarcts であることを確かめ、従ってここにおいても神経症状と症状進展の tempo がやはりその診断上重視されなければならないと考え、脳血管性痴呆をそのような見地から見直してみる必要を感じたからである。

対象ならびに方法

対象は、過去5年間に初石病院老人内科病棟に入院したもののうち明らかな痴呆を有すると判定され、かつ以下に述べる分析に必要な十分な情報の得られた95例である。なお本病棟入院患者については、入院時ならびに入院中、頻回に痴呆の有無とその程度、精神症状、神経症状が詳しくチェックされている。痴呆の程度の判定には、患者の日常生活動作の観察と問診とが主たる基準として用いられたが、これに一部 Kohs test と WAIS の test とが行なわれた。問診は従来多くの項目について行なわれて来たが、近年報告された長谷川式痴呆診査スケール⁴⁾の全項目が私共の行なって来た質問項目の中にすべて含まれていたため、最近では長谷川式スケールを用いている。本報告でも長谷川法により得点を計算した。

さて、この95例について、脳血管性発作ないし、これと等価と考えられる神経症状の出現の有無を検討し、次いでこれらの出現と痴呆出現との時間的関係を検討した。神経症状検討のための基準としては、別の施設において私共が臨床病理学的検索を行ない、脳血管障害のないほぼ純粋な老年痴呆と判定した10例について、生前の神経症状を検討し、かかる例においてみられる神経症状の範囲を設定した。この神経症状を越える神経症状を呈した場合には、たとえ症状が徐々に出現した場合でも、脳血管性発作と同等の意味をもつものと規定した。もちろん、脳腫瘍、硬膜下血腫その他の別の原因を有する例は除外した。

結 果

表1は、純粋な老年痴呆においてもみられ得る神経症状を示す。老年痴呆でも、末期の臥床状態になると paraplegia in flexion などの二次的な神経症状が加わるので、その判定は、それより以前の段階で行なわれなければならない。

次に、痴呆の程度の推移と、脳血管性発作ないし神経症状出現との時間的関係を模式的に分類して示すと図1のようになる。

表1 血管性病変のない純粋な老年痴呆にみられ得る神経学的所見の主たる範囲

- A) 上下肢の筋トーンスの中等度までの Rigidospasticity ないし Rigidity はみられる。
- B) 中等度までの Hyperreflexia を呈し得る(クロースはみられない)。
- C) 軽度の Laterality をみることはあり得る。
- D) Babinski ないし Rossolimo 反射は出現し得る。
- E) 筋力は低下することがあるが、3度以上あり、明らかな麻痺は呈しない(末期の臥床状態を除く)。
- F) 触覚、痛覚には、明らかな低下や左右差はみられない。
- G) 原始反射(Snout reflex, Forced grasping など)はみられ得る。

I型は、痴呆が徐々に出現し、経過中、脳血管性発作と思われる発作もなく、上述の範囲を越えるような神経症状も認められないものである。しかし、この群の中には、既に高度の痴呆を示していた末期に脳血管性発作を起こす例がみられたので、これを Ib型とし、これのない典型的な Ia型と分けて検討した。

次に、明らかな脳血管性発作を契機として痴呆が出現して来たものを IIa型とした。この型には、一度の発作後に痴呆を呈した例と、小さな発作をくり返ししながら痴呆が増強していく例とがみられたので後者を IIa'型とした。また、明らかな発作がなくとも上述の範囲を越える神経症状が痴呆出現の前から、あるいはこれとほぼ時を同じくして明らかに認められたものを IIb型とした。IIa型、IIa'型、IIb型をあわせて II型とした。

I、II型のいずれにも入らないものを III型とし、これを4亜型に分けた。IIIa型は、軽い痴呆が徐々にみられていた例に脳血管性発作が加わって高度の痴呆となつた例であり、これには小発作がくり返し起こっているうち

図1 痴呆の進展と、脳血管性発作ないし神経症状出現との時間的関係の種々の型を示す模式図

表2 各型の痴呆の例数

		M	F	Total	
I 型	I a	9	19	28	35
	I b	2	5	7	
II 型	II a	14	19	33	41
	II a'	2	0	2	
	II b	5	1	6	
	III a	5	7	12	
III 型	III a'	0	1	1	19
	III b	0	3	3	
	III c	3	0	3	

に次第に痴呆が強くなる例もみられ、これをⅢa'型とした。一方、明らかな発作がなく、また最初は神経症状もなしに徐々に痴呆が出現かつ進展し、これにある時期以降神経症状が加わって痴呆もより強くなったと考えられる例をⅢb型とした。また明らかな発作を契機として軽度の痴呆が出現したが、その後発作がないにも拘らず痴呆が徐々に進行してくる例があり、これをⅢc型とした。

ところで私共の今回の研究の対象となった痴呆例はすべて、このいずれかの型に属さしめることが出来た(表

表3 Ia型とIb型の比較、精神症状の出現頻度に有意差は認められない

	Type Ia	Type Ib	Type I (Total)
徘徊	25 (89.3%)	6 (85.7%)	31 (88.6%)
無意味な多動(徘徊以外)	22 (78.6%)	5 (71.4%)	27 (77.1%)
日中の独語ないし大声	15 (53.6%)	3 (42.9%)	18 (51.4%)
自発性低下	14 (50.0%)	4 (57.1%)	18 (51.4%)
弄便	13 (46.4%)	4 (57.1%)	17 (48.6%)
興奮	13 (46.4%)	3 (42.9%)	16 (45.7%)
濫集	9 (32.1%)	3 (42.9%)	12 (34.3%)
多幸	8 (28.6%)	3 (42.9%)	11 (31.4%)
妄想	7 (25.0%)	3 (28.6%)	10 (28.6%)
情動失禁	7 (25.0%)	2 (28.6%)	9 (25.7%)
夜間譫妄	7 (25.0%)	1 (14.3%)	8 (22.9%)
幻覚	5 (17.9%)	3 (28.6%)	8 (22.9%)
乱暴行為	4 (14.3%)	1 (14.3%)	5 (14.3%)
心気症状	1 (3.6%)	0 (0%)	1 (2.9%)
抑うつ症状	1 (3.6%)	0 (0%)	1 (2.9%)

2).

表3は、Ia型とIb型の精神症状を比較したものであるが、両者の精神症状の出現頻度には有意差は認められなかった。さてI型の中では、Ia型2例、Ib型3例が剖検されているが、Ia型剖検例はいずれも脳血管障害のない純粋な老年痴呆で、Ib型は老年痴呆の所見に新鮮な脳梗塞の合併が認められた。従ってIb型は剖検でみる限りにおいて混合型ではあるが、痴呆は脳血管性発作を起こす前から既に高度であり、この点、後述のⅢ型とは明らかに異なっている。Ia型とIb型の精神症状の出現頻度の間にも上述の如く有意差はみられない。従って、Ib型はIa型にたまたま脳血管障害を合併したと考えるのが妥当と思われる。このI型に属した例は、35例あり、男11例対女24例で、男対女の比率は、1:2.2となり、これは従来老年痴呆において報告されているものに一致する。剖検例からみても、第I型は老年痴呆群と考えてよいと思われ、その20%近くにたまたま脳血管障害を合併するものがあり、これがIb型とし

てとえられたものと考えられる。このⅠ型において、明らかな痴呆があると私共が判定した時点における長谷川式痴呆診査スケールの得点は、平均3.1点で、発病に気づかれてからこの時点に達するまでの平均期間は、2年5カ月、発病平均年齢は71.6歳であった。また、この間の死亡例は17例であったが、発症より死亡までの平均期間は3年6カ月であった。

表4 Ⅱa型とⅡb型の比較。精神症状の出現頻度に有意差はみられない

	Type Ⅱa	Type Ⅱb	Type Ⅱ (Total)
自覚性低下	23 (69.7%)	3 (50.0%)	27 (65.9%)
情動失禁	17 (51.5%)	3 (50.0%)	21 (51.2%)
夜間譫妄	15 (45.5%)	2 (33.3%)	17 (41.5%)
無意味な多動(徘徊を除く)	14 (42.4%)	2 (33.3%)	16 (39.0%)
徘徊	12 (36.4%)	2 (33.3%)	15 (36.6%)
興奮	13 (39.4%)	2 (33.3%)	15 (36.6%)
弄便	12 (36.4%)	1 (16.6%)	13 (31.7%)
日中の独語ないし大声	9 (27.2%)	2 (33.3%)	11 (26.8%)
妄想	5 (15.2%)	2 (33.3%)	8 (19.5%)
乱暴行為	6 (18.2%)	1 (16.7%)	8 (19.5%)
多幸	5 (15.2%)	2 (33.3%)	8 (19.5%)
幻覚	4 (12.1%)	1 (16.6%)	5 (12.2%)
抑うつ症状	1 (3.0%)	1 (16.6%)	2 (4.9%)
心気症状	1 (3.0%)	0 (0%)	1 (2.4%)
濫集	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

次にⅡ型につき検討した。まずⅡa型とⅡb型につきその精神症状の出現頻度を比較したが、両者間に特に有意差はなく、これをまとめてⅡ型として扱うことが妥当と考えられた(表4)。Ⅱa型は、明らかな脳血管性発作を契機として痴呆が出現した例であり、脳卒中後痴呆 post-apoplectic dementia とよんでもよいと思われる。これに対しⅡb型は、明らかな発作を示すことなしに神経症状と痴呆を来した例であり、したがって狭義の脳動脈硬化性痴呆とよぶことも可能かと思われる。しかし、両者の精神症状の出現頻度の間には有意差はなく、これを一括して扱うべきであろう。またⅡa'型は例数

が少なかったが、これは発作が一度ではなく何回かくり返しているうちに痴呆が高度になった例で、いずれも transient global amnesia⁹⁾ を数回くり返した後に痴呆化している点が注目される。

このⅡ型の剖検例は、今回の対象中には3例のみであったが、典型的な経過と症状を呈した1例の病巣分布を図2に示す。右側の脳梁と海馬に空洞を形成した軟化巣があり、左側では後大脳動脈灌流域に海馬の一部を含む広範な不全軟化が認められた。

図2 脳卒中後痴呆を呈した一剖検例の病巣分布(図の右側が患者の右側の脳を示す)右脳梁と海馬に空洞を形成した軟化巣があり、左側は後大脳動脈灌流域に海馬の一部を含む広範な軟化があった。

次に、この第Ⅱ型の症例を痴呆のみが目立つ単純痴呆例と、痴呆以外にも妄想、不安、興奮・抑うつ、異常行動(乱暴行為を含む)などの精神症状が強く認められる群とに分けて麻痺側との関係を調べてみると、表5の如く左片麻痺例において5%以下の危険率で、精神症状の強い痴呆例が有意に多いとの結果が得られた。

この第Ⅱ型は41例あり発病平均年齢は70.7歳で、男女比は、1:1であった。また明らかな痴呆があると診断

表5 精神症状の強い痴呆と麻痺側の関係. 単純痴呆に比し, 精神症状の強い痴呆は有意 ($P<0.05$) に左片麻痺例に多い

Type	Side L or L>R	R or R>L	Bilateral (R ÷ L)	Total
Type DP	9	6	1	16
Type D	6	16	3	25
Total	15	22	4	41

Type D : Simple Dementia

Type DP: Dementia with Psychotic Symptoms

された時点における長谷川式痴呆診査スケールの得点は, 平均6.5点であった.

以上を要するに, このⅡ型の痴呆は, 脳血管性痴呆と考えられ, その8割以上は脳血管性発作の既往を有し, それを契機として痴呆の出現した脳卒中後痴呆であった. 従って狭義の脳動脈硬化症とよび得る程度で状態で, 明らかな痴呆を呈する例は比較的少ないと考えられる. また精神症状の強い痴呆例は, 左片麻痺例に有意に多いとの結果が得られた.

次にⅢ型は, その症状発現の tempo からみてもⅠ, Ⅱ型の混合した型をとっているが, 剖検し得た3例は, いずれも老年痴呆を特徴づける退行性変化とともに, 新旧様々な脳血管性病変が認められ, 痴呆に対していずれの変化が主因とも断定出来ず, 剖検上も混合型と判定された.

ところでⅢ型の精神症状をⅠ, Ⅱ型と比較したのが表6である. この表に示す如く, Ⅰ, Ⅱ型の間ではいくつかの症状に有意差がみられたが, Ⅲ型では殆んど症状がⅠ, Ⅱ型の中間の出現頻度を呈した. すなわち, Ⅰ型では, 徘徊, 無意味な多動, 日中の独語, 大声, 濫集癖がⅡ型に比し有意に頻度多く出現し, これらの項目は, またⅠ, Ⅲ型の間においても出現頻度において有意差が認められた. これに対し, Ⅰ, Ⅱ型間でⅡ型に有意に頻度多くみられた症状は情動失禁のみであった. 夜間せん妄もⅡ型に多い傾向がみられたが有意ではなかった. 以上の諸点は, Ⅰ, Ⅱ型の鑑別に逆に役立つ症状と思われる. 一方, Ⅲ型は両者の中間の出現頻度を呈するとはいえⅡ型により近い頻度を示すことが多く, したがってⅠ, Ⅲ型間で有意差を示す症状はいくつかあるのに対し, Ⅱ, Ⅲ型間で有意差を示すものは濫集癖のみであった.

表6 Ⅰ, Ⅱ, Ⅲの各型の精神症状の比較. (有意差のあるものについては, 下の記号を参照).

	Type Ⅰ	Type Ⅱ	Type Ⅲ
徘徊	31 ^{*1,*5} (88.6%)	15 ^{*1} (36.6%)	10 ^{*5} (52.6%)
無意味な多動 (徘徊以外)	27 ^{*1,*5} (77.1%)	16 ^{*1} (39.0%)	8 ^{*6} (42.1%)
日中の独語ないし大声	18 ^{*2,*5} (51.4%)	11 ^{*2} (26.8%)	5 ^{*5} (26.3%)
自発性低下	18 (51.4%)	27 (65.9%)	13 (68.4%)
弄便	17 (48.6%)	13 (31.7%)	6 (31.6%)
興奮	16 (45.7%)	15 (36.6%)	8 (42.1%)
濫集	12 ^{*1,*5} (34.3%)	0 ^{*1,*7} (0%)	2 ^{*5,*7} (10.5%)
多幸	11 (31.4%)	8 (19.5%)	4 (21.1%)
妄想	10 (28.6%)	8 (19.5%)	5 (26.3%)
情動失禁	9 ^{*4} (25.7%)	21 ^{*4} (51.2%)	6 (31.6%)
夜間譫妄	8 (22.9%)	17 (41.5%)	7 (36.8%)
幻覚	8 (22.9%)	5 (12.2%)	4 (21.1%)
乱暴行為	5 (14.3%)	8 (19.5%)	4 (21.1%)
心気症状	1 (2.9%)	1 (2.4%)	0 (0%)
抑うつ症状	1 (2.9%)	2 (4.9%)	1 (5.3%)

Type Ⅰ…Ⅱ ^{*1} $P<0.001$

^{*2} <0.01

^{*3} <0.02

^{*4} <0.05

Type Ⅰ…Ⅲ ^{*5} $P<0.01$

^{*6} <0.02

Type Ⅱ…Ⅲ ^{*7} <0.05

なおⅢ型は, 平均発症年齢が74.5歳で, 男対女の比率は, 1:1.4であり, 明らかな痴呆があると判定された時点における長谷川式痴呆診査スケールの得点は, 平均4.7点であった.

図3は, 老年痴呆, 脳血管性痴呆, 混合型痴呆の3型の痴呆の比率を, われわれが別の施設の剖検例で行なって来た結果と, 今回のものとで比較したものである. 図の一番上のものは, 剖検上, 純粋に老年痴呆あるいは脳血管性痴呆とされたもの以外をすべて混合型とした場合の比率を示す. その下は, この広義の混合型の中から退行変性が主因となっているものを退行型, 血管性変化が主因となっているものを血管型に入れ, 混合型を狭義のものだけに限定した場合の比率である. 今回の方法によ

図3 老年痴呆，脳血管性痴呆，混合型痴呆の比率

る比率を一番下に示すが，施設が違うにも拘らずその比率は混合型を狭義に考えた場合の比率に近い．このことは，今回の方法によるⅠ型が老年痴呆を主因とする痴呆，Ⅱ型が脳血管障害を主因とする痴呆，Ⅲ型が両者の同程度に関与する痴呆であることを示唆し，また，このような狭義の混合型のみを臨床的に混合型痴呆とよぶのが妥当であることを示していると思われる．

考 案

脳血管性痴呆は，老人の脳血管障害の大多数が動脈硬化性のものであることから，従来，脳動脈硬化性痴呆と一般によばれて来た．しかし，脳動脈硬化症という概念は広義にも狭義にも用いられ，広義には脳血栓などの器質的変化を伴うものを含み，狭義には，脳の動脈硬化はあるが，それによる脳の器質的病変がなく，また脳卒中という発作を示すこともなく，次第に脳動脈硬化に起因すると考えられる自覚的，他覚的な神経精神症状を呈してくるものを指している．後者の場合は器質的脳病変がないとはいえ，いわゆる *état lacunaire* といわれる顕微鏡的軟化が変化の主体であり，肉眼的に明らかな小軟

化と厳密な一線を画し難く，実際上は臨床的に狭義の脳動脈硬化症と診断した例でも剖検してみると *multiple small infarctions* であったという例が多い．脳動脈硬化症という概念が臨床的に余りにも安易に用いられて来た結果，脳動脈硬化性痴呆という概念にも不明確な点のあることが次第に指摘され，いわゆる狭義の脳動脈硬化症も本質的には *lacunar infarction* であることから，これも一般の脳血管障害の診断基準にのつとて厳密に診断すべきであるとの意見が強くなっている．さらに，狭義の脳動脈硬化症という程度のもので，痴呆というほどの症状を呈し得るものであろうかという点についても疑問がもたれつつある^{9) 7)}．Hachinski ら⁹⁾は，血管性痴呆が起こるのは，脳に大きな硬塞があるか，あるいは，多発性小硬塞があるかのいずれかの場合であるとし，後者を *multi-infarct dementia* とよぶことを提唱している．また Fisher⁸⁾は，*lacunar infarction*，*watershed or borderzone infarction*，*hippocampus* などの特別な部位の硬塞などで血管性痴呆が起こるとしている．*Lacunar infarction* による痴呆というのは，Hachinski のいう *multi-infarct dementia* にほぼ相当すると考えられる．私共は，大きな脳硬塞と，多発性小軟化のほかには，やはり小さくとも特殊な部位に器質的变化を起こした場合には痴呆を起こし得ると考えており，Foley⁹⁾なども，これを *strategically located lesion* というび方で表現している．また以上は硬塞のみについての議論であるが，脳出血後にも痴呆をきたす例もあり，これらをまとめて脳血管性痴呆とよぶのが，もっとも妥当ではないかと思われる．

さて，脳血管性痴呆というものを，このような見地から再検討してみるならば，やはり一般の脳血管障害の診断上重要視される発症の *tempo* つまり *temporal profile* ということと，神経症状というのが，ここでも重要視されなければならないと考えられる．老年痴呆と脳血管性痴呆との鑑別に当っては，従来，前者が全般的な痴呆で病識も早くから消失し，人格も崩壊するのに対して，後者は，まだら痴呆で，記憶力低下や情動失禁は目立つが，病識や判断力はかなりよく，人格も比較的末期までよく保たれることが特徴であるとされてきた^{10) 11)}．この点は私共の経験でも非常に大切なものと考えられるが，このような精神的方面での特徴と共に，一般の脳血管障害と退行変性という面からの鑑別，つまり発作の有無，神経症状，および，これらと痴呆の経過の関係という具体的なものの組み合わせで痴呆の鑑別がある程度出来ない

であろうかというのが、本研究の一つの目的であった。今回の結果は、これらの組み合わせが鑑別診断上有用であることを示しており、精神症状と共に、これらの経過の詳しい分析によってより正確な診断が出来るものと期待される。

また、このようにして分けたものの中から、相互の鑑別に役立つ精神症状を見出すということが第二の目的であった。症状としては、一般の医師あるいは看護婦でも容易に分かるような具体的なもののみをとり上げてみたのであるが、その結果、徘徊、無意味な多動、日中の独語や大声、濫集癖などが老年痴呆で有意に多く、情動失禁が脳血管性痴呆に有意に多いとの知見が得られた。これらは従来より知られていたものが多いが、統計的にも有意差のあることが示された。特に、いろいろなつまらないもの、例えば、おむつやスリッパなどをあちこちから集めて来て身の廻りにおくという濫集癖は、老年痴呆ないし混合型の痴呆のみにみられたことは興味があり、鑑別診断上も役に立つと考えられる。以上のような症状はⅠ型とⅡ型すなわち老年痴呆と脳血管性痴呆の鑑別には役に立つが、これらと混合型痴呆の間には有意差を示す症状が殆んどなく混合型の診断には役立たない。これにはやはり **temporal profile** が診断上大切と思われる。今回は、従来よりもっとも大切な診断基準と考えられて来た病識の有無、人格崩壊の有無ということについては言及しなかったが、これらが病期の如何によりかなり異なり、また現在これらの症状を有する例について、果していつ頃から病識がなくなり、人格が崩壊したと判定し得るが困難であったからで、より具体的かつ容易に見つけ得る症状のみを検討したためにはかならない。

以上を要するに、今回の対象中には、まだ剖検例が少なく、今後さらに一定の方式による痴呆の経過の詳しい分析と病理学的所見の対比がより多数例について行なわれるべきであることはいうまでもないが、以上の如き **temporal profile** からのアプローチが、老年期の痴呆の鑑別に役立ち得ることは確かであろう。また従来、脳動脈硬化性痴呆とよばれてきたものは、脳血管性痴呆とよぶのがより妥当であり、その8割以上は脳卒中後痴呆に属するものであった。脳血管性の発作もなく、また私共が設定した範囲以上の神経症状を呈することもなしに、徐々に強い痴呆を呈してくるような脳血管性痴呆は、たとえあるとしてもまれと思われる。さらに混合型痴呆は、私共の報告した如く狭義に用いられるべきであり、そのように用いれば、今回の検討でも、また以前に報告した

剖検例についての検討でも、ほぼ類似の比率を示すことから、老年期における老年痴呆、脳血管性痴呆、混合型痴呆の比率は、前二者がそれぞれ35~40%を占め、残りが混合型であると考えてよいと思われる。

結 論

以上、私共は **temporal profile** という面から老年痴呆、脳血管性痴呆、混合型痴呆の鑑別診断にアプローチし、これの分析が、これら痴呆の鑑別診断上、有用であることを認めた。また、これに基づいて分けた各群の精神症状の出現頻度の検討から、各群間で有意差のあるいくつかの症状を指摘した。また脳血管性痴呆については、麻痺側と精神症状合併率の関係、脳血管性痴呆と再発性 **transient global amnesia** との関係についても考察した。

文 献

- 1) Morimatsu, M., et al.: Senile degenerative brain lesions and dementia. *J. Amer. Geriatr. Soc.*, **23**: 390, 1975.
- 2) 森松光紀: 老年者の痴呆の成因に関する考察～脳の退行変性と血管障害に基づく分析。日老医誌, 12: 41, 1975.
- 3) Fisher, C.M.: Diagnosis and management of cerebrovascular disease. *Postgrad. Med.*, **38**: 130, 1965.
- 4) 井上勝也: 老年期の心理テスト。ハンドブック 老年学 (長谷川, 那須編集), 岩崎学術出版, 東京, 1975, P. 250.
- 5) Fisher, C.M. and Adams, R.D.: Transient global amnesia. *Acta Neurol. Scand.*, **40** (Suppl. 9): 1, 1964.
- 6) Hachinski, V.C., et al.: Multi-infarct dementia. A cause of mental deterioration in the elderly. *Lancet*, **2**: 207, 1974.
- 7) Pearce, J. and Miller, E.: Clinical aspects of dementia. Bailliere Tindall, London, 1973. p. 30.
- 8) Fisher, C.M.: Dementia in cerebral vascular disease. *Cerebral vascular diseases* (Ed. Toole, J.M. et al.), Grunne & Stratton, N.Y. & London, 1968. p. 232.
- 9) Foley, J.M.: Differential diagnosis of the

organic mental disorders in the elderly patients.

Aging and the brain (Ed. Gaitz, C.M.), Plenum Press, N.Y. & London, 1972. p. 153.

10) 新福尚武 : 老人精神障害の臨床. 金原出版, 東

京, 1967, P. 23.

11) 長谷川和夫 : 脳器質性精神障害. 老年精神医学 (長谷川, 加藤編集), 医学書院, 東京, 1973, P. 329.

Abstract

The Clinical Differentiation of Senile and Vascular Dementias

An Approach from the Temporal Profile

*Shunsaku Hirai, M.D., Mitsunori Morimatsu, M.D., *Fumio Eto, M.D.,
Masaki Yoshikawa, M.D. and *Shigeru Matsuoka, M.D.

Dementia is one of the very common conditions in the elderly, as it becomes increasingly prevalent with advancing age.

Among a variety of dementias, senile (i.e. primary neuronal or degenerative), vascular (so-called arterio-sclerotic) and mixed-type (mixture of the two) dementias account for most of the cases.

As senile and vascular dementias are based on different pathological process, they should be differentiated precisely, not only from academic but also practical viewpoints. The diagnostic criteria in these dementias, however, have been hazy and more or less traditional.

The present study was undertaken in an attempt to determine whether these dementias could be differentiated by analysis of the temporal profile of dementia. The temporal profile of dementia means the mode of onset of dementia and the relationship of the appearance of neurological deficits or episode of cerebrovascular attack to the progress of dementia.

The temporal profile of dementia could be classified into three types: Types I, II and III.

Type I dementia, which develops insiduously and progressively without episode of stroke or neurological deficit, corresponded to senile dementia.

Type II dementia was proved to be of vascular origin, most of the cases in this group being post-apoplectic. In this group, the patients with left hemiplegia showed a higher incidence of psychotic symptoms than those with right hemiplegia ($p < 0.05$). Two demented cases due to recurrent episodes of transient global amnesia were also included in this group.

Autopsy cases belonging to Type III revealed both marked senile and vascular changes, thus indicating that this type was the mixture of the two conditions (i.e. mixed-type dementia).

As regards the incidence of clinical manifestations of these dementias, several symptoms, including wandering tendency, purposeless activity, crying in the daytime etc. appeared more frequently in Type I than in Type II, while emotional incontinence was more frequent in Type II.

From these results it was concluded that the temporal profile of dementia is useful for the differentiation of senile and vascular dementias.

*Institute of Neurology and Rehabilitation, Gunma University, School of Medicine

*Department of Geriatrics, Faculty of Medicine, Tokyo University

*Hatsuishi Hospital