<原 著>

Alzheimer 型痴呆における初老期発症患者と老年期発症患者の相違点 (第1報) 脳室拡大, 臨床像

河野 和彦 山本 孝之 葛谷 文男 遠藤 英俊

<要 約> Alzheimer 型痴呆において, 初老期 (65歳未満) 発症の患者と老年期 (65歳以上) 発症の患者で有意な相違があるか否かを脳室拡大速度, 知的機能障害進行速度, GBS スケール日本語改訂版の内容において比較検討した。痴呆専門病院における入院, 外来をあわせた Alzheimer 型痴呆患者258名の発症年齢の分布は, 一峰性を示し, 二つの疾患が含まれる証拠は得られなかった。入院時の CT スキャン上の平均脳室幅を一致させた初老期発症患者20名と老年期発症患者24名の脳室拡大の進行を6ヵ月ごとの測定で最大30ヵ月まで追跡して比較したところ, 側脳室幅/頭蓋骨外径比が入院12ヵ月後と24ヵ月後では, 初老期発症患者において有意に拡大していた。次に, 入院時の長谷川式スケールの平均得点と平均罹病期間を一致させた初老期発症患者16名, 老年期発症患者14名の同スケールの推移を比較した。評価を5ヵ月間, 毎月行った結果, 入院2ヵ月後, 3ヵ月後に老年期発症患者がより高い傾向 ($p<0.1$) の得点を示した。最後に平均罹病期間のみを一致させた AD 16名, SDAT 14名の GBS スケール日本語改訂版を入院2ヵ月後に評価した結果, 38項目のうち, 24項目 (63.2%) において, 初老期発症患者がより重症であった。一方, 老年期発症患者がより重症な項目はなかった。

以上より, Alzheimer 型痴呆のうち, 初老期に発症した症例は脳萎縮, 臨床症状悪化の有意に速い集団であり, 臨床的には, 老年期発症患者と別個に管理, 治療法を検討されるべきものと考えられた。

Key words: Alzheimer 型痴呆, GBS スケール, 長谷川式スケール, CT, 脳室拡大

緒 言

Alzheimer 型痴呆に関して, 初老期発症の患者 (Alzheimer's disease: AD) と老年期発症の患者 (Senile dementia of Alzheimer type: SDAT) では, 生化学的, 臨床的に大きな差異が見られるという多くの報告がある¹⁾一方で, この両型に決定的な (定性的な) 差異があるという証明がなされないままである。Alzheimer 型痴呆 (AD/SDAT) の発症機序の解明がいまだなされない今日, この疾患が一つの原因によるものか, 複数の疾患の集合なのかを検討することが, この疾患の研究を前進させるために必要である。今回は, 脳室拡大速度, 精神機能の悪化速度, GBS スケール日本語改訂版 (GBSS-JR)²⁾の内容の比較をおこない, 両型の差異について検討した。

方法と対象

I. AD/SDAT の発症年齢分布: 当科の関連病院

K. Kono, T. Yamamoto, F. Kuzuya, H. Endo: 名古屋大学医学部老年科

受付日: 1990. 9. 12, 採用日: 1990. 10. 17

である愛知県豊橋市の山本病院および福祉村病院において昭和59年に CT スキャンが導入されて以後の入院および外来患者のうち, 頭部 CT スキャンを施行し, DSM-III-R³⁾の痴呆に該当し, 臨床的に AD/SDAT が確実と考えられた症例を対象とした。対象患者は, 血清甲状腺ホルモン値が正常で著明な貧血がないことを条件とした。また, 飲酒歴は AD/SDAT や脳血管性痴呆の生命予後を有意に悪化させ⁴⁾, CT 上の脳萎縮も AD/SDAT に類似する場合が多いため, 1日56g (日本酒で2合) 以上の飲酒既往のあるものは除外した (以上の条件は II, III, IV においても共通)。症例数は258名 (男77名, 女181名) であった。発症年齢は, 患者と同居していた家族を中心に聴取した現病歴から, 病的と考えられる知的機能障害ないし異常行動が出現した年齢とした。

II. 脳室拡大速度: HITACHI CT-HSF による OM ラインに沿ったスライスの画像から第三脳室最大幅 (maximum width of the third ventricle: MWTV, 単位 mm) および側脳室体部最小幅/頭蓋骨外径 (Cella media index: CMI, 単位%) を計測した。対象患者は, 最近5年間のうちに半年以上の間隔において CT を3

回以上施行していた AD/SDAT 44 名 (AD 20 名, SDAT 24 名) および非痴呆老人 20 名とした。AD/SDAT は、上述した二病院の入院患者であり、非痴呆老人には、市内の老人ホーム入居者 15 名、精神病患者 9 名、看護婦 1 名が含まれる。脳室は、生理的にも男女差があるため⁹⁾、全員を女性に統一した。AD/SDAT に対する最初の CT 検査は、入院時である。入院時平均年齢は、AD 68.7 ± 6.5 歳、SDAT 80.1 ± 5.1 歳、非痴呆老人 77.4 ± 7.5 歳であった。発症から入院までの平均年数は、AD 7.1 ± 5.9 年、SDAT 4.7 ± 3.0 年であり、有意差はなかった。入院時の長谷川式スケール (HDS)⁶⁾ 平均得点は、AD 7.1 点、SDAT 12.7 点であった。一方、非痴呆老人は全員が HDS 28 点以上であり、9 名の精神病患者に関しては、全員が 2 年以上入院しており、毎月施行した HDS に悪化傾向のない者に限定した。

III. HDS 得点の推移：1989 年 6 月 1 日現在、福祉村病院痴呆専門病棟に 5 カ月以上入院していた AD/SDAT 患者の中から、平均罹病期間と入院時平均 HDS 得点の一致した AD 10 名 (男 2 名、女 8 名)、SDAT 8 名 (男 2 名、女 6 名) の入院後 5 カ月間の毎月の HDS 得点の推移を比較した。平均罹病期間は AD 3.3 ± 1.6 年、SDAT 3.2 ± 1.5 年であった。全員が主治医の判断した脳代謝改善薬を内服しており、週 10 時間の psycho-rehabilitation (老人学校、楽団演奏、書道、料理など) を受けていた。

IV. GBSS-JR の障害パターン：平均罹病期間のみに一致させ、入院時 HDS を一致させない AD (16 名) と

SDAT (14 名) の入院 2 カ月後の GBSS-JR の障害パターンを比較した。AD、SDAT それぞれに 2 名の男性を含んでいる。平均罹病期間は、AD 3.5 ± 1.3 年、SDAT 3.5 ± 1.5 年である。GBSS-JR は、患者の日常生活から痴呆の重症度を精神症状、異常行動、ADL の面から評価するもので 5 つの大項目、38 の小項目からなり、1 小項目が最大 6 点の重症度として集計され、最も重症な痴呆では、228 点となる。

結 果

I. 図 1 に示すごとく、発症年齢分布は、男女をあわせた集計と女性のみの集計において、70~74 歳の年齢帯をピークとする一峰性の分布を示した。しかし、一峰性といっても 65~69 歳の年齢帯は、55~59 歳、60~64 歳の各年齢帯と大きな差はなかった。男性のみの集計では、ピークは 70~79 歳で幅広く分布し、60~69 歳の年齢帯がわずかに谷を形成し、弱い二峰性分布となった。

II. 図 2 に示すごとく、全員が 6 カ月ごとに CT を施行してはならず、各プロットの計測人数は一定ではない。非痴呆老人の平均値と比較して、有意に拡大していたのは、MWTV において、AD で 6、12、24 カ月後に、SDAT で、6、12 カ月後であった。CMI では、AD で入院時、6、12、18、24 カ月後に、SDAT で 6、18 カ月後に差を示した。すなわち、AD/SDAT と非痴呆老人の脳室幅の差は明確である。一方、AD と SDAT の差は、CMI における 12、24 カ月後で認められ、AD がより強い側脳室拡大を示した。AD は入院後

図 1 Alzheimer 型痴呆患者の発症年齢分布

図2 Alzheimer型痴呆患者と非痴呆老人のCT上の脳室拡大度の推移(上, 第三脳室幅; 下, 側脳室幅/頭蓋骨外径比)

も脳室拡大が進行し, SDATは入院後は明確には進行しないという観察結果となった。

III. 図3に示すごとく, SDATはpaired t-testでHDSが入院時に比較して, 1, 2カ月後に有意に改善し, ADは改善の傾向を示さなかった。両者の間で比較した場合, 2, 3カ月後に差のある傾向を示した。

IV. GBSS-JRの5大項目は満点が一致しないため, 各項目の平均失点は百分率で表1に示して比較した。すべての大項目で, ADの平均失点がSDATのそれより重症であった。すなわち, 知的機能障害において, ADで47.1%, SDATで24.4% ($p < 0.001$), 自発性低下において, ADで47.7%, SDATで22.6% ($p < 0.01$), 感情障害においてADで33.9%, SDATで14.0% ($p < 0.01$), その他の精神症状においてADで28.9%, SDATで17.2% ($p < 0.05$), 運動機能障害においてADで39.8%, SDATで11.2% ($p < 0.01$)であった。SDATの感情障害と運動障害は15%以下であ

り, 比較的軽度であることが特徴であった。さらに小項目を比較すると, 計38項目のうち, ADは24項目(63.2%)でSDATよりも重症であり, 一方SDATの方が重症であった項目はみられなかった。中でも著明な差異 ($p < 0.001$) を認めた小項目は, 最近の記憶障害, 集中力障害, 知識消失, 感情の平板化, 食事の摂取障害であった。

考 案

1984年, JAMA⁷⁾において, AD/SDATは単一の疾患ではなくて, 異なった原因を持ついくつかの疾病の集合であろうとするFundenbergの仮説が紹介され, Goldsmithはこれを受けて組織学的変化のみでなく, 生理学的な面の研究の必要性を述べている。Mayeuxら⁸⁾は, AD/SDATのsubtypeとして, 典型, 良性, myoclonusを伴うもの, 錐体外路症候を伴うもの, を挙げている。他にも, 家族内発症群, 21トリソミー,

図3 Alzheimer 型痴呆における入院5カ月間の長谷川式スケールスコアの推移、一初老期発症患者と老年期発症患者の比較一

Parkinson 病との合併例、が subtype として挙げられることもある⁹⁾。しかし、最近の ICD 疾患分類による診断基準では、AD/SDAT は、早期発症と晩期発症をそれぞれ II 型、I 型にわけており¹⁰⁾、何歳で区切るかは別として、発症年齢で二群に分ける考えが多い。Gottfries¹¹⁾は、AD と SDAT が異なる疾患と仮定する根拠の一つに、SDAT 患者の親族に AD の発症がみられないことを挙げている。また、老年期発症の者は、複数の痴呆（例えば自己免疫機序を介するであろう一群の痴呆など）の集合であり、臨床像に個人差の大きい原因の一つとして考えている。そこで、老年期発症群に限り、精神症候がおおよそ三亜型（単純痴呆型、コルサコフ痴呆型、解体型）に分類できるとした室伏¹²⁾の観察も SDAT の多様な臨床病型に注目したものと考えられる。その他言語機能障害度の差を報告するもの¹³⁾、neurotransmitter の障害度の差を報告するもの¹⁴⁾、と様々である。病理学の見地からも最近、Alzheimer 原線維変化が新皮質にみられない病型が散見されること¹⁵⁾や病理学の見地からも一定でなく¹⁶⁾、結局生前の臨床診断の重要性が再認識される結果となった。これに呼応するかのよう Positron Emission Tomography (PET)、Single Photon Emission Tomography (SPECT) による画像分類として、AD/SDAT

表1 Alzheimer 型痴呆における入院2ヵ月後の GBS スケール日本語改訂版の平均失点
一初老期発症患者と老年期発症患者の比較一

GBSS-JR 項目	初老期発症群	老年期発症群
人数	16	14
A. 知的機能障害 (%)	47.1±15.0	24.4±12.5***
1. 空間失見当 (/6)	4.3±1.8	2.6±1.1**
2. 時間失見当	5.0±1.6	3.7±1.7*
3. 自己に関する失見当	2.4±1.9	1.3±1.0*
4. 最近の記憶障害	4.4±1.7	3.4±1.6
5. 昔の記憶障害	3.9±1.2	2.6±1.1**
6. 覚醒度低下	1.4±1.5	0.8±1.6
7. 集中力散漫	4.1±1.2	1.9±1.5***
8. 動作や行動の緩慢	3.3±1.9	1.5±1.5*
9. 迂遠	3.6±1.7	2.4±1.6
10. 理解力低下	3.3±1.7	1.6±1.3**
11. 会話不能	3.6±1.8	1.6±1.4**
12. 知識の欠落	4.8±1.6	2.6±1.3***
13. 抽象的思考の困難	5.1±1.6	3.1±1.8**
14. 判断力障害	5.1±1.8	3.1±2.0*
B. 自発性低下 (%)	47.7±25.5	22.6±18.7*
1. 自発的な活動性の低下 (/6)	2.6±1.9	1.4±1.6
2. 欲求と意志の表現困難	3.4±2.0	1.5±1.8*
3. 周囲の人や娯楽への関心	3.3±2.1	1.7±1.5*
4. 働きかけに対する反応	1.9±2.0	0.3±0.5**
5. 気力低下	3.2±1.6	1.9±1.2*
C. 感情機能障害 (%)	33.9±15.3	14.0±13.8**
1. 表情の異常	2.3±1.5	0.9±1.4*
2. 感情の平板化	3.1±1.6	0.9±1.6***
3. 感情の不安定	2.7±1.6	0.8±1.4**
4. 抑うつ気分	1.9±1.4	0.8±0.9*
5. イライラ感	1.8±1.5	1.0±1.0
6. 不安感	1.4±1.5	1.1±0.9
7. 機嫌	1.0±1.0	0.4±0.7
D. その他の精神症状 (%)	28.9±13.4	17.2±12.2*
1. 睡眠障害 (/6)	2.3±1.8	0.8±1.1*
2. 錯乱	2.3±1.8	1.4±1.3
3. 落ち着きなさ	3.7±1.8	1.5±1.5**
4. 幻覚・妄想	1.7±1.6	1.6±1.3
5. せん妄	0.3±0.7	0.4±0.8
6. 作話	1.2±1.3	0.9±0.6
7. 多弁	1.1±1.5	0.6±1.1
E. 運動機能障害 (%)	39.8±27.3	11.2±6.5**
1. 着脱衣困難 (/6)	3.2±2.0	1.0±1.3**
2. 食事摂取困難(嚥下障害を除く)	2.3±2.0	0.0±0.0***
3. 歩行異常	0.1±0.3	0.4±1.3
4. 個人の衛生管理困難	3.1±2.4	1.0±1.2**
5. 排尿、排便障害	3.1±2.5	1.0±1.8*

Student's t-test : *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

や Pick 病などの古典的病理学的区分に捕らわれず、posterior type (主に AD/SDAT)、anterior type (主に Pick 病)、localized type (主に脳血管性痴呆) など、

生前に画像上の分類を試みる立場¹⁷⁾が増えつつある。

仮にAD/SDATが複数の疾患を含むと考えた場合、分類方法として有力な案が、まず家族性と散発性を分けることであり、さらに散発性発症患者を、便宜上発症年齢で65歳前後に分けること(AD, SDAT)であることは間違いないだろう。一方、わが国には数少ない家族性発症のAD/SDATは、通常のAD/SDATとはやや異なるとの意見¹⁸⁾が強く、従って病勢の進行速度、内容ともに重篤度は、家族性>AD>SDATの順で語られることが多い。新しく開発された脳代謝改善薬の治験においても過半数のトライアルで、初老期発症患者への投薬は断念している状況である。

本研究では、まず発症年齢の分布を検討したが、明確な二峰性の分布は見られなかった。これは、先にMayeuxら¹⁹⁾、Huffら²⁰⁾が明確な二峰性の分布を報告し、Frodaら²¹⁾、Ortofら²²⁾が反論したことへの追試であった。但し、本研究でも少数ながら男性で弱い二峰性分布の傾向がみられたこと、ADよりも臨床症状が軽度であるSDATが家庭で管理されていると仮定した場合、老年期以降のピークがさらに大きくなり、大小二峰性の分布となる可能性がある。従って、地域調査と多施設のデータを集計した調査が必要である。但し、地域調査では痴呆の病型を誤診する確率が大きい。

脳室幅は、非痴呆老人とSDATで拡大傾向が見られず、ADでの側脳室の拡大は明確であった。SDATは、入院時平均HDSが12.7点で、閉鎖病棟でしか管理できない中等症以上の症例群であるにもかかわらず、入院後少なくとも2.5年の間、脳室拡大はほとんど観察されず、はじめから(6カ月後に)非痴呆老人と有意差を示した。SDATは、発症前から潜在的に脳萎縮が進行し、発症を準備しているかのような所見である。

HDSの入院5カ月間の推移では、SDATに改善がみられ、ADとは全く異なっていた。痴呆専門病棟でpsycho-rehabilitationを積極的に施行した場合は一般病院と全く異なり、AD/SDATにおいてもHDSの有意な改善が観察されることは、既報²³⁾で述べた。しかし、ADに関しては、悪化を遅らせることにとどまり、SDATのように家族にも明確に気付かれるほどの精神症状の改善は期待できない。

GBSS-JRでの比較でもADの重症性が明確に理解される。記憶障害は、多くの場合、家族が患者との同居を不可能と考える直接の原因とはならず、むしろ周辺症状としての異常行動が問題となるものと思われ

る。本研究でもADにおける落ち着きのなさ(D3)、衛生管理困難(E4)、の重症さが入院への主な原因になっていることが想像される。GBSS-JRの比較を入院時でなく、2カ月後のデータを用いたのは、全員のGBSS-JRが入院時に最悪だからであり、周辺症状が整理され、本来の評価ができる時期だからである。GBSS-JRは、薬剤の効果判定を細密に行うことなどを目的として、GBSスケール²⁴⁾の項目を変更、追加したものである。将来も検者間の再現性の低い項目を再検討し、改訂される可能性があるが、痴呆患者の客観的な全体像の把握に適したスケールとして、期待される。

非A非B肝炎からC型、D型のウイルスが分離されてきたように、Alzheimer型痴呆やPick病の中にsubtypeが存在するとすれば、その分離は病因解明に大きな進歩をもたらすものと考えられる。ADとSDATが異なる疾患単位である可能性を示した報告として最近最も注目されるものの一つにPETにおける代謝障害部位が違うとする報告²⁵⁾がある。村田²⁶⁾も運動失語、視空間障害、性格変化のそれぞれの症状を主にもつAD/SDATが異なった局所glucose代謝障害パターンを示すと報告している。臨床研究でのさらなる検討が必要であろう。

この論文は、The 2nd International Conference on Alzheimer's and Parkinson's Disease (京都、1989年9月6～10日)において報告した内容の一部である。渡辺祐子氏、川合宏始氏をはじめ、福祉村病院スタッフの協力が得られたことをここに明記し、深謝する。

文 献

- 1) 大友英一：内科 Mook, No 40, 老年期痴呆の臨床。金原出版、東京、1989, p182—191.
- 2) 本間 昭, 新名理恵, 石井徹郎, 平田進英, 長谷川和夫：GBS スケール日本語改訂版の開発に関する研究。日老医誌 27 : 380—381, 1990.
- 3) The American Psychiatric Association: DSM-III-R, The American Psychiatric Association, Washington, DC, 1987, p103—109.
- 4) 葛谷文男, 河野和彦：からだの科学, No 139, 日本評論社、東京、1988, p85—90.
- 5) 河野和彦, 遠藤英俊, 山本孝之, 葛谷文男：初老期および老年期痴呆 357 例の頭部 CT 解析—萎縮度計測の有用性と臨床評価との相関一。日老医誌 25 : 273—281, 1988.

- 6) 長谷川和夫, 井上勝也, 守屋国光: 老人の痴呆診査スケールの検討. 精神医学 16 : 965—969, 1974.
- 7) (Medical News) Attempts to vanquish Alzheimer's disease intensity, take new paths. JAMA 251 : 1805—1812, 1984.
- 8) Mayeux R, Stern Y : Clinical heterogeneity in patients with dementia of the Alzheimer type. In : "Alzheimer's and Parkinson's disease" Fisher A, et al, (ed), Plenum Press, NY, 1986, p129.
- 9) 山田通夫, 丸尾 禎, 秋元隆志 : Alzheimer 病の臨床, 診断とその問題点. Clinical Neuroscience 5 : 1132—1134, 1987.
- 10) 朝長正徳 : Alzheimer 病研究の歴史と概念. 病名の変遷. 日本臨床 46 : 1447—1451, 1988.
- 11) Gottfries CG : Diagnosis and treatment of senile dementia : Early diagnosis and differential diagnosis. In : Diagnosis and treatment of senile dementia. Bergener M, Reisberg B (ed), Springer-Verlag, Berlin Heidelberg, 1989, p224—233.
- 12) 室伏君士 編 : 老年期の精神科臨床. 金剛出版, 東京, 1984.
- 13) Seltzer B, Sherwin I : A comparison of clinical features in early- and late-onset primary degenerative dementia. One entity or two? Arch Neurol 40 : 143—146, 1983.
- 14) 中村重信 : 内科 Mook, No 40, 老年期痴呆の臨床, 金剛出版, 東京, 1989, p11—20.
- 15) 大友英一 : アルツハイマー型老年痴呆のトピックス. 治療 70 : 673—677, 1988.
- 16) Wade JPH, Mirsen TR, Hachinski VC, et al : The clinical diagnosis of Alzheimer's disease. Arch Neurol 44 : 24—29, 1987.
- 17) 加茂久樹, 秋口一郎 : PET, SPECT. 臨床医 15 : 722—728, 1989.
- 18) 松下正明 : アルツハイマー病の生物学的特徴. Therapeutic Research 6 : 487—490, 1987.
- 19) Mayeux R, Stern Y, Spanton S : Heterogeneity in dementia of the Alzheimer type: Evidence of subgroups. Neurology 35 : 453—461, 1985.
- 20) Huff FJ, Growdon JH, Corkin S, Rosen TJ : Age at onset and rate of progression of Alzheimer's disease. J Am Geriatr Soc 35 : 27—30, 1987.
- 21) Froda S, Gauvreau D, DeBraekeleer M : Age at onset in Alzheimer's disease. J Am Geriatr Soc 36 : 179—180, 1988.
- 22) Ortoft E, Crystal HA : Rate of progression of Alzheimer's disease. J Am Geriatr Soc 37 : 511—514, 1989.
- 23) 河野和彦, 遠藤英俊, 山本孝之, 葛谷文男 : 痴呆専門病棟入院後に有意な知的レベルの改善を示した老人性痴呆症例の検討. 日老医誌 26 : 582—588, 1989.
- 24) Gottfries CG, Brane G, Seen G : A new rating scale for dementia syndromes. Gerontology 28(Suppl 2) : 20—31, 1982.
- 25) Small GW, Kuhl DE, Riege WH, Fujikawa DG, Ashford JW, Metter EJ, Mazziotta JC : Cerebral glucose metabolic patterns in Alzheimer's disease. Effect of gender and age at dementia onset. Arch General Psychiatry 46 : 527—532, 1989.
- 26) 村田 浩 : 脳の機能とポジトロン CT. 秀潤社, 東京, 1986, p164—172.

Abstract

Differences in Ventricle Dilation and Clinical Findings between the Early- and Late-Onset Subtypes of Alzheimer's Dementia

Kazuhiko Kono, Takayuki Yamamoto, Fumio Kuzuya and Hidetoshi Endo

The authors compared the characteristics of the early-onset subtype of Alzheimer's dementia (AD) with those of the late-onset subtype (SDAT) to determine whether Alzheimer's dementia (AD/SDAT) can be divided into two different diagnostic categories. In this study, AD refers to Alzheimer's in which the onset of disease occurred before 65 years of age; and SDAT refers to cases in which onset of illness occurred at age 65 or more. The studied parameters were distribution of age at disease onset, progression of speed of ventricular dilation, speed of deterioration of Hasegawa's rating scale for dementia (HRSD) score, and lesional pattern on the Japanese revised version of the GBS scale (GBSS-JR). The distribution of age at onset in 258 patients with AD/SDAT showed one peak. These patients included both outpatients and inpatients. A 30-month follow-up study to determine the degree of ventricular dilation was performed in 20 AD and 24 SDAT patients. For CT measurement, the width of the third and lateral ventricle (cella media index) was measured every 6 months after admission. Average ventricle width at admission was matched between the two groups. Twelve and 24

months after admission, the mean cella media index of patients with AD was significantly wider than that of patients with SDAT. In addition a deterioration speed of HRSD scores of 16 AD and 14 SDAT patients was compared every month for 5 months after admission. The average duration of illness and HRSD score at admission were matched in the two groups. Two and 3 months after admission, the average HRSD score of patients with SDAT was better ($p < 0.1$) than that of patients with AD. GBSS-JR scores 2 months after admission were compared between 16 AD and 14 SDAT patients. Only the average duration of illness of these patients was matched. In 24 of 38 items (63.2%), the scores of patients with AD were significantly worse than those of patients with SDAT. However, there were no items for which patients with SDAT had worse scores than those of patients with AD. These results indicate that the dilating speed of ventricles and the deterioration speed of cognitive function scores occur significantly faster in patients with AD as compared to those with SDAT. Thus, different clinical management of the two groups may required, regardless of the cause of disease.

key words: *Alzheimer's dementia, GBS scale,*

Hasegawa's scale, CT scan, ventricular dilation

(Jpn J Geriat 28: 358—364, 1991)

Department of Geriatrics, Nagoya University School of Medicine