

## 記憶障害について

名古屋掖済会病院

神経内科部長 後藤 敦子

### 1. はじめに

認知症患者さんは年々増加してきており、全国の65歳以上の高齢者のうち認知症を発症している人は約15%、2012年時点で462万人といわれています。2025年には700万人を超えるとの推計も発表されています。認知症の中核をなす記憶障害は、加齢による物忘れとは異なり、後天的な脳の病的変化が原因となります。

記憶の分類は、Squire（米国の心理学者）による分類 [1] が一般的であり、顕在記憶と手続き記憶とに分類されます。顕在記憶は、主に海馬のコントロール下にあり、意識的に頭で覚える記憶を指し、エピソード記憶と意味記憶とに分かれます。前者は、時間や場所と関連した個人的出来事の記憶、後者は、言葉の意味や、知識の記憶のことです。一方、手続き記憶は、自転車の乗り方のように体で覚える記憶と考えられています。

今回は、認知症を来たす、いくつかの疾患について説明します。

### 2. アルツハイマー病

アルツハイマー病は、認知症をきたす疾患としてよく知られていますが、その有病率は高齢者(65歳以上)の約4%といわれています。最も特徴的な症候はエピソード記憶障害で、さっき言われた事を忘れてたり、物の置き場所がわからなくなったりします。そして、このような記憶障害が緩徐に進行します。MRIでは、側頭葉の内側（海馬や海馬傍回など）の萎縮がみられ、病理学的には、側頭葉の内側で始まった変性が、その後、頭頂葉や側頭葉に拡がります（図1）。

近年、進行抑制の有効性が確認された新しい薬物療法も行われています。

### 3. 特発性正常圧水頭症

次に、治療可能な認知症として、特発性正常圧水頭症(idiopathic normal pressure hydrocephalus、以下iNPHと略す)のお話をします。iNPHの有病率は高齢者(65歳以上)の約1.1%といわれています。iNPHは、高齢者に生じ、歩行障害、認知障害、尿失禁を呈し、脳室は拡大しているものの髄液圧は正常で、原因不明のものをいいます。歩行障害は最も初期から生じ、歩行はゆっくりとなり、方向転換時には不安定になります。認知障害は、初期には物忘れ、次第に自発性低下を来たし、アルツハイマー病やうつ病と間違われ

ることもあります。

ここで、髄液の流れについて説明します。脳は3層の膜に包まれています(外側から、硬膜、クモ膜、軟膜)。クモ膜と軟膜の間をクモ膜下腔といいます。クモ膜下腔には、脳の栄養血管が走り、保護液でもある髄液が循環しています。髄液は脳室の脈絡叢(ミヤクラクソウ)で作られ、1日に約500ml産生されています。髄液は絶えず循環していて、大脳表面のクモ膜顆粒から静脈血中に吸収されます。水頭症とは、この髄液の静脈への吸収が不十分になったり、流れ道がつまったりして、脳室の中に通常より大量にたまってしまった状態をいいます。大量にたまった髄液のため、脳室は拡大し脳は圧迫されます。

iNPHのMRIでは、脳室拡大(図2-①)、シルビウス裂の拡大(図2-②)、圧迫による脳溝の不鮮明化(図2-③)などの所見がみられます。髄液は脊髄の周りにもありますので、腰背部から針をさし、20~40mlの髄液を排除し、歩行障害などの症状が改善するかどうかを試します。症状の改善がみられた方はシャント手術の治療効果が期待できます。代表的なシャント手術である脳室-腹腔シャント術について説明します。通常、全身麻酔で行います。頭蓋骨に小さな穴をあけ、脳室に挿入した細いチューブを皮下に通し、腹腔内にチューブの対側の先端を挿入します。髄液は脳室からチューブを通して腹腔内に流れ自然吸収されます(図3)。

#### 4. 脳血管性認知症

これは、脳梗塞や脳出血などの脳の血管障害によっておこる認知症のことですが、特に脳梗塞巣が多発して起こることが多いようです。危険因子として、高血圧・糖尿病・脂質異常症・喫煙・運動不足などがあげられます。また、血中のホモシステイン(アミノ酸のひとつ)の濃度が高いことも脳梗塞の危険因子になることが報告されています。葉酸(ビタミンB群の一種)の摂取でこの濃度を下げることができます。

脳のある領域の限局性病変(病的変化が狭い範囲に限られること)により、記憶障害が急性発症することがあります(図4 [2])。ある時から急に今日が何日か、あるいは今いる場所がわからなくなったり、家族の名前を忘れるといった症状が出現した場合には、手足の麻痺や感覚障害がない場合でも、早めに神経内科を受診して下さい。前頭葉に近い病変の場合は、反応が乏しく、しゃべらなくなったといった変化しかない場合もありますし、後頭葉の病変では、文字が読めなくなったり、色がわからなくなったり、親しい人の顔を認識できないといった症状で発症することもあります。

急性発症した記憶障害でも、脳の障害部位や程度によっては徐々に回復した例も報告されています [3]。

## 5. おわりに

近年、記憶障害を初めとし、遂行機能障害、注意障害、社会的行動障害などの高次脳機能障害の診断基準が厚生労働省から示され、そのリハビリテーションや生活支援などの重要性がいられていますが、その手法はまだ確立されていません。記憶障害を来たす疾患は他にもあり、幻覚や妄想がみられたり、意識が変動しやすかったり、人柄が変わったりする疾患もありますので、早めに専門の病院を受診して下さい。

[1] Squire LR. The organization and neural substrates of human memory. *Int J Neurol* 1987-1988;21-22:218-22.

[2] 秋口一郎, 相井平八郎, 亀山正邦. 右同名半盲を伴う急性発症の痴呆症候群. 優位側後大脳動脈領域梗塞症の一型. *臨床神経* 1981;21:172-78.

[3] 伊藤栄一. 脳卒中による急性発症の健忘症候群. *医学のあゆみ* 1991;158:548-51.

名古屋掖済会病院 神経内科

〒454-8502

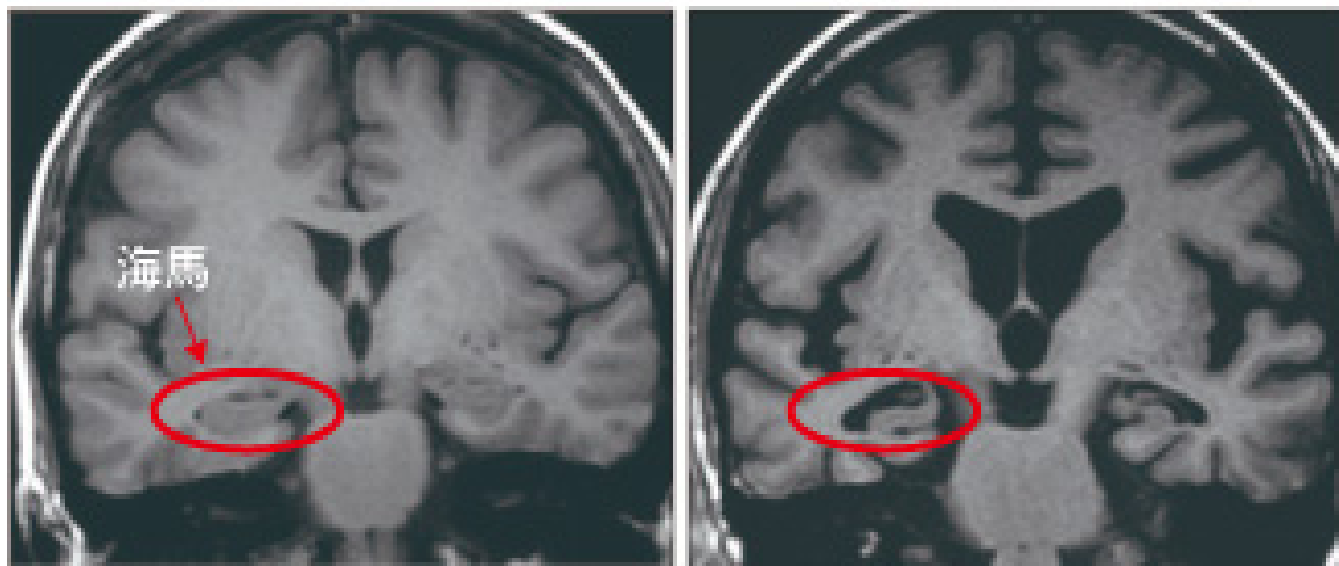
名古屋市中川区松年町4-66

Tel : 052 (652) 7711

Fax : 052 (652) 7783

URL : <http://nagoya-ekisaikaihosp.jp/>

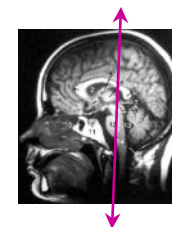
図1 MRI冠状断像



健常者

アルツハイマー病

図1 健常者とアルツハイマー病患者のMRIの比較



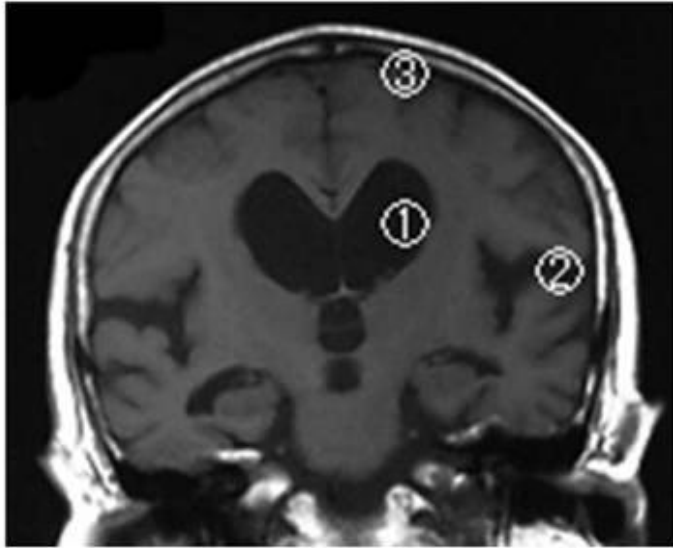


図2 特発性正常圧水頭症のMRI

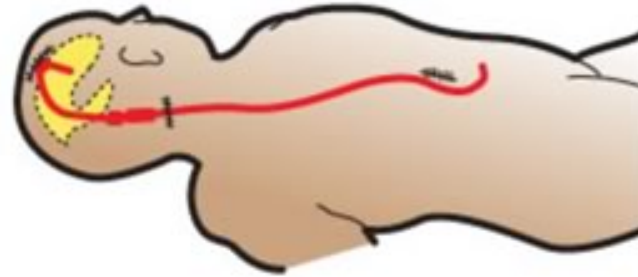
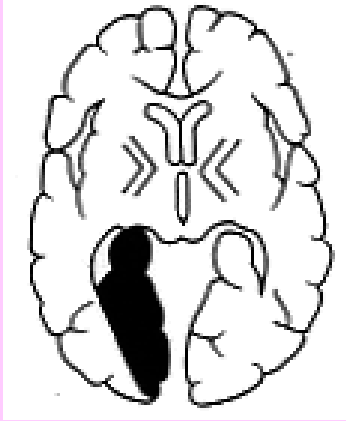
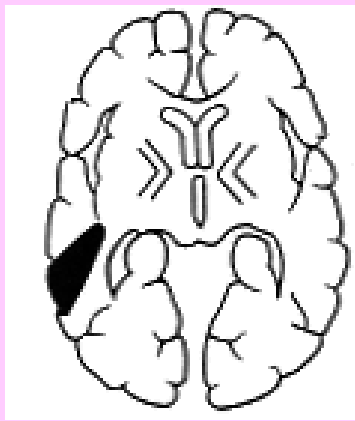


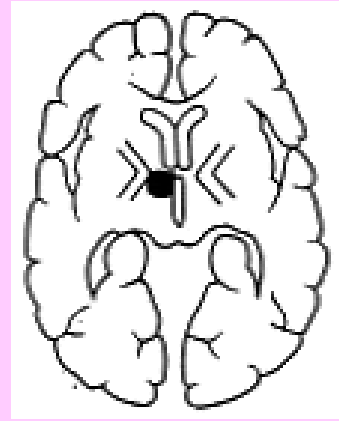
図3 脳室-腹腔シャント術



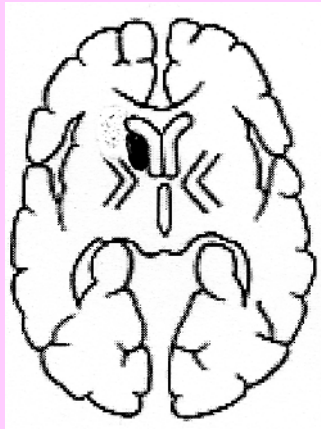
1. 後大脳動脈領域



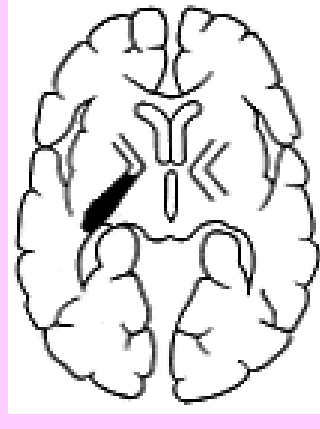
2. 中大脳動脈-後大脳動脈  
境界領域



3. 前内側視床



4. Heubner動脈領域



5. 前脈絡叢動脈領域

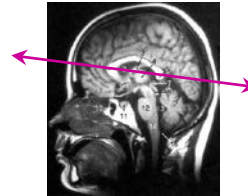


図4 記憶障害を来たす限局性脳梗塞の領域