学位報告 4

報告番号	※甲　　第　　号

主　論　文　の　要　旨

論文題目　脳血管障害後遺症としてのアパシーおよびうつの特性と回復過程

氏　　名　川﨑めぐみ

論 文 内 容 の 要 旨

【背景/目的】 脳卒中の後遺症として認められる神経精神医学的な症状の中で、意欲の低下やうつは頻度が高く認められる。これらはリハビリテーションの遂行を妨げ、機能回復に負の影響を及ぼす。脳卒中後に認められる意欲や発動性の低下は「アパシー」と称され、「動機付けの欠如」「自発的・合目的的な行動の量的な低下」による病態と定義される。動機付けの低下はうつの症状の一つとしても認められ、両者は併存して生じることあり、アパシーとうつを正しく区別することが困難となっている。しかしながら、アパシーは脳卒中後の患者においては、うつに比べより高い頻度で認められ、独立して生じる症状であり、病態生理学的な視点よりアパシーとうつは正しく鑑別されなければならない。またアパシー及びうつと認知機能、生活動作能力との関連を検討することも重要である。しかしながら、脳血管障害後の回復期リハビリテーションにおいてアパシーとうつの関係性は十分には明らかにされていない。本研究においては、脳卒中後の回復期における患者に対して、臨床経過におけるアパシーとうつ、認知機能、日常生活動作能力との関連について明らかにすることを目的とした。
【対象及び方法】 本研究は脳卒中後の 42 名を対象とした（男性 29 名、女性 13 名、平均年齢 69.1 歳±12.4（SD））。選択基準として、①脳血管障害受傷後 2 週間以上の期間、回復期病棟に入院している、②Computed Tomography（CT）または Magnetic Resonance Imaging（MRI）において脳血管障害の病巣がある、③重度の失語症がない、とした。除外基準として、①認知症や高度の失語症、他の機能障害により自記式調査票への回答が困難である、②脳血管障害以外の中枢神経の病歴がある、③重症（重篤な代謝性障害または心臓/腎臓疾患のある）患者とした。対象者には文書と口頭にて説明し同意を得ている。

対象者は Apathy Scale (AS)、Self-rating Depression Scale (SDS)を利用してアパシーとうつの評価を行った。認知症スクリーニングとして Mini-Mental State Examination（MMSE)、改訂長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R)を用いて評価を行った。注意/遂行機能に関わる認知機能評価として、Trail-Making-Test A and B と標準注意検査法の下位項目の一部である Visual Digit Span、視覚性抹消課題、 Symbol Digit Modalities Test (SDMT)を用いた。The quality of life (QOL)は Stroke Specific Quality of Life Scale（SS-QOL）を用いて評価した。身体機能の麻痺の程度としては Brunnstrom stage（BRS）を用いて評価し、日常生活動作は Functional Independence Measure (FIM)を用いて評価した。

【結果】 脳卒中後の患者において、入院時およそ 65%の患者にアパシーもしくはうつの症状が認められ、入院時、退院時いずれもアパシーはうつより高率に認められた。また回復期病棟入院時にアパシーを呈すると退院時まで残存しやすかった。入院時 AS の得点は SDS の得点とは関連を認めなかったが、退院時は関連を認めた。脳卒中後アパシーを有する患者は、アパシーを有しない患者より注意及び遂行機能障害を含む認知機能障害と関連を認めた。合計の FIM 得点は AS もしくは SDS の得点と関連を認めなかったが、入院時 AS の得点は FIM の認知項目合計得点と関連を認め、退院時 SDS の得点は FIM の運動項目合計得点と関連を示した。入院時には運動麻痺の有無はアパシー、うついずれも関連を認めなかったが、退院時 SDS の得点と BRS とは関連を示した。QOL の得点は入院患者においてアパシーもしくはうつと負の関連を認めた。

【考察】アパシー及びうつの有症率は入院経過において変化し、アパシーとうつの相互の関係性も部分的に変化した。脳卒中後の回復期における患者は、心理的症状も変動しやすいと考えられる。脳卒中後の回復期においてアパシー及びうつは認知機能、身体機能、生活動作能力と異なる関連を示した。アパシーを有する患者はうつを有する患者に比べ注意/遂行機能と関連した認知機能障害と関連を認めた。脳血管性アパシーに関連する責任病巣についてはまだ明らかにはされていないが、認知機能に関連して認められる関心や意欲の低下は、前頭葉-皮質下回路の障害を含むと考えられる。退院時にうつを有する患者は、FIM の運動項目及び運動麻痺と関連を認めた。これらは脳血管性アパシー及びうつに対する治療的介入がそれぞれ適切に実施されることが必要であることを示している。脳卒中後の回復期リハビリテーションにおいては、アパシーのある患者に対しては認知機能への介入を促進し、うつのある患者に対しては運動機能への介入を促進させる必要があると考える。アパシーとうつはいずれも QOL に有意に関連する要因である。脳卒中後のアパシーとうつは互いに区別されるべき症状であり、脳卒中後の回復期において身体的及び精神的に効果的な介入を行うために、適切に評価することが必要である。

【結語】脳血管障害後の回復期において、アパシーとうつの有症率と、認知機能と生活機能との関連は変化する。脳卒中後のアパシーとうつは QOL に有意に関連するため、回復期リハビリテーションにおいては、患者の症状を注意深く観察し、変化に応じて評価、介入する必要がある。