連載：第１１回

スライド 11 の解説（その 4）

嗅覚障害は、レム睡眠行動障害と同様に、レビー小体型認知症（DLB）の早期発見に役立つ重要な所見です。他の症状が一切ないのに、嗅覚障害だけあるケースもあるほどです。

アルツハイマー病（AD）でも嗅覚は低下しますが、DLB の嗅覚障害は AD よりも重症で、様々なにおい（匂い・臭い）がほとんど分からなくなることが多いです。AD の嗅覚障害では、においに鈍くなるぐらいで、全く分からなくなることはほとんどありません。

DLB の嗅覚障害の原因は、鼻の粘膜の嗅神経（におい刺激を脳に伝える神経）が、レビー病理（レビー小体などの DLB で見られる病理学的変化のこと）に侵されるために起こります。嗅神経と密接な関連がある扁桃体という神経核（神経細胞が密集するエリア）にも、レビー病理は早期から認められます。

嗅覚障害は、頭部外傷の後遺症・ウイルス感染（特に新型コロナ）などでも起こることがあります。

うつ状態も、DLB の初発症状として重要です。つまり、うつ状態で始まる DLB も多いということです。うつ状態で始まる DLB は、他には症状がないわけですから、しばしば「うつ病」と誤診されます。

うつ状態で始まった DLB が、うつ病と誤診されると、その後の経過は悲惨なことになります。うつ病との誤診のもと、たいがいは抗うつ薬が処方されますが、あまり効果がみられません。すると、治療抵抗性うつ病（治療に反応しない難治性のうつ病）と思われて、さらに多くの抗うつ薬が処方されます。最近の抗うつ薬の副作用は少なくはなっていますが、それでも複数の薬を高用量で服用すれば、副作用が生じるのも当然です。こうして、うつ状態は良くならないまま、体調は悪くなっていきます。そうすると、せん妄が生じてきます。せん妄とは、心身の負荷によって、軽度の意識障害を呈することで（超高齢者や認知症の人が体調を崩した場合によく見られます）、妄想的な言動をしたり、幻覚が見えたり、異常な行動をしたり、などの症状が現れます。すると、精神病性うつ病（精神病レベルのうつ病）と診断（誤診）されて、本来であれば禁忌とするべきはずの抗精神病薬（精神病の治療薬）まで処方されることにもなります（第 8 回の解説も参照してください）。これで、体調は更に悪化することになります。

いったん拗れてしまった方を、元に戻すのは大変です。抗うつ薬や抗精神病薬で弱ってカチカチになった高齢者の体のリハビリには、多くの負担と時間と費用と忍耐と努力が必要です。それでも、まだ死ななかっただけマシとも言えます。最近は医師も勉強して、このような悲劇にまで至るケースはまれになったと思いますが、15 年ぐらい前までは、おそらく、そのまま（DLB と診断されず、副作用の影響で）亡くなってしまった方も多くいただろうと推測できます。

このような具体例が、スライド 12 から 15 までに載っていますので、ご覧ください。

連載第１１回はここまでとします。また、来週、お会いしましょう。
次回からは治療について述べたいと思います（スライド 16 です）