

CEREBRAL VASCULAR DISEASES AND DEMENTIA

脑血管疾病和痴呆

主编 王纪佐 李新

天津出版传媒集团

 天津科学技术出版社

脑血管疾病和痴呆

主编 王纪佐 李 新

天津出版传媒集团



天津科学技术出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

脑血管疾病和痴呆 / 王纪佐, 李新主编. —天津:
天津科学技术出版社, 2013. 7
ISBN 978-7-5308-8161-3

I. ①脑… II. ①王… ②李… III. ①脑血管疾病—
诊疗②痴呆—诊疗 IV. ①R743②R749. 1

中国版本图书馆CIP数据核字 (2013) 第176804号

策划编辑: 郑东红

责任编辑: 王连弟

责任印制: 兰 毅

天津出版传媒集团

 天津科学技术出版社出版

出版人: 蔡 颢

天津市西康路 35 号 邮编 300051

电话 (022) 23332399

网址: www.tjkjcs.com.cn

新华书店经销

天津午阳印刷有限公司印刷

开本 787×1092 1/16 印张 19 字数 278 000

2013 年 8 月 第 1 版第 1 次印刷

定价: 68.00 元

主 编 简 介



王纪佐，我国著名的神经病学家。

1932年生，天津市人，天津医科大学第二医院神经科教授，博士生导师。1957年毕业于天津医科大学医疗系。1979年考取新中国成立后我国第一批赴欧美国留学生，1979—1982年以访问学者身份赴加拿大 Calgary 大学和 Western Ontario 大学神经科进修临床神经病学，研修临床神经电生理，并从师世界知名脑血管病权威HJM.Barnett教授研修临床脑血管病学和神经临床药理学。

1982年回国后创建天津医科大学第二附属医院神经科教研室和神经科临床科室，历任教研室和神经科主任，教授，硕士和博士生导师。

重要学术和社会兼职：历任中华神经病学会常委、副主任委员、代主委，顾问，天津市神经病学会第1届和2届主任委员，顾问，加拿大神经病学会会员，天津医学会理事，教育部学位中心，学位与研究生教育专家库专家，中华医学会和天津市医学会医疗事故技术鉴定委员会委员，国家食品药品监督管理局药物审评专家，国家动物源（疯牛病）药品专家组委员。任《脑和神经病学杂志》副主编，《中国临床神经科学杂志》《中国神经病学杂志》《临床神经病学杂志》《临床脑电学杂志》《中华神经科杂志》《国外医学》神经学分册等杂志编委或顾问，并任英国《Practical Neurology》和加拿大《Geriatrics of Canada》杂志编委。

从事神经科医疗、教学和科研工作已五十多年，对临床神经科疾病造诣颇深，

学识渊博，能理论联系实际，更能不断更新知识，和国际神经病学界有广泛交流，掌握神经病学的前沿和最新进展，并及时介绍和推广到国内。是目前我国神经科学界资深识广和德高望重的学术带头人之一，并收录《Who's Who》世界名人录。临床神经病学基础深厚，治学严谨，淡薄名利，有极高的英语水平，并熟练掌握计算机操作，得以保证掌握神经病学的新发展和新观念。研究较深的为神经科疾病的诊断和治疗，特别是脑血管疾病、神经变性疾病，如多系统萎缩、神经变性痴呆、帕金森综合征、癫痫、头痛、神经系感染性疾病的诊治。

做为医学教育家，曾直接培养一批神经病学临床医生和基础科研人员，先后培养神经病学硕士生、博士生（MD 和 PhD）和临床医师数十人，他们多数在天津市、国内和国外的临床和科研工作中成为骨干。

作为临床神经电生理的学术带头人，是我国临床诱发电位技术的引进和开发者。做为我国神经临床药理学的先行者之一，在神经临床药理学的学术理论和实践方法上做了大量工作。提高和规范了我国神经临床药理学的实践水平。专长神经药物临床试验的方案设计、实施、疗效分析及评价的方法学。作为国家药物审评委员会委员和国家动物源（疯牛病）药品专家委员会委员 20 多年，为我国进口和国产药品的引进、开发和监督以及制定相关技术法规作了突出的贡献。特别是自国外发生疯牛病后，为我国制定药品和食品进口法规，具体审定动物源药品的进口和生产；并随国外疯牛病世界性散播的情况，为我国卫生行政部门随时提供科学根据的意见和对策。

主编卫生部委托中华医学会编写的《临床诊疗指南神经学分册》（人民卫生出版社）和《临床操作规范神经学分册》（人民军医出版社）。此外还主编《神经系统临床诊断学》（人民军医出版社）、《神经科感染性疾病诊疗常规》（天津科学技术出版社）、《临床诱发电位学》（人民卫生出版社）等多部著作；参编《现代神经病学》《临床神经电生理学》《神经系统变性疾病》（皆为人民军医出版社出版）等数十部。在国内外医学杂志发表有关神经病学和神经临床药理学的论文近百篇。



李新教授，医学博士，天津医科大学第二医院神经内科主任、博士生导师、天津医科大学第二医院神经病学教研室副主任、脑内科和皮肤科党支部书记。天津医科大学第二医院药物临床试验机构神经内科专业负责人。

1990年毕业于天津医科大学医学系，1998年获天津医科大学神经病学专业博士学位，2010年作为访问学者由国家留学基金委员会公派赴英国 Dundee University 研修，系统学习世界高水平医学教学理念、方法，并在神经科病房和卒中单元学习。重要学术和社会兼职有：中华医学会神经病学分会青年委员、天津市神经病学分会常委、天津市劳动保障学会医疗保险分会专家组成员、天津市劳动能力鉴定委员会专家组成员、天津市医学会医疗事故技术鉴定专家库成员、中华神经科杂志第四届编辑委员会通讯编委、中华医学英文版审稿专家、中华医学杂志审稿专家、中华神经科杂志审稿专家、Journal of Brain Science（日本）论文评审人、天津医科大学学报审稿专家、卒中与神经疾病杂志审稿专家。近3年连续被中华神经科杂志评为优秀审稿专家。主要研究方向：①脑血管疾病；②痴呆；③神经临床药理学——临床试验方案设计和实施。发表学术论文70余篇，参编著作7部，参编卫生部委托的中华医学会编著的《临床技术操作规范神经病学分册》（人民军医出版社），作为主编助理协助主编中华医学会编著的《临床诊疗指南神经病学分册》（人民卫生出版社）。主持或参加科研课题20余项，获天津市科学技术成果10项、天津医科大学科技成果二等奖5项、天津医科大学科学技术成果奖1项、天津市卫生局科技成果二等奖2项。参加5项国际多中心临床试验。

编者名单

主 编 王纪佐 天津医科大学第二医院 神经内科 教授

李 新 天津医科大学第二医院 神经内科 教授

编 著 者

王纪佐 天津医科大学第二医院 神经内科 教授

李 新 天津医科大学第二医院 神经内科 教授

张雪宁 天津医科大学第二医院 放射科 教授

潘旭东 青岛医科大学附属医院 神经内科 教授

杜业亮 山东潍坊市人民医院 神经内科 主任医师

郑国庆 温州医学院附属第二医院 神经内科 教授

梁 成 兰州大学第二附属医院 神经内科 副教授

杜艳芬 天津医科大学第二医院 神经内科 副主任医师

巫嘉陵 天津市环湖医院 神经内科 副主任医师

武惠丽 天津武警医学院附属医院 神经内科 副主任医师

张爱梅 山东济宁医学院附属医院 神经内科 副主任医师

王晓丹 天津医科大学第二医院 神经内科 博士生

主编助理 周 君 夏晓爽 胡亚会 王栋梁

前 言

随着人寿命的延长和人口老龄化的到来给社会带来的负担越来越沉重。脑血管疾病是我国老年人发病率、致残率和死亡率最高的疾病，近年对急性卒中，特别是急性缺血性卒中的病因、病理生理发病机制以及临床表现的类型、诊断、治疗和预防等方面都取得长足的进展，业已受到各方面的应有的重视。但血管性疾病作为独立病因和主要致病因素造成的认知功能障碍的认识的起步较晚，而基础和临床研究进步较快，故普遍认知不足或滞后，包括一般医生和神经科临床医生。最近几年有关传统称谓的“血管性痴呆”和最新称谓的“血管性认知功能障碍”以及以 AD 型痴呆为代表的主要临床表现为痴呆的神经变性疾病的研究进展很大，有重要参考价值的文章和论著不下近千篇，这不是我们日常临床工作繁忙的医生所能跟踪了解的。故介绍最近发布的有关 VCI、AD 和 AD 病理 3 个指南，并介绍与最常见的血管病因和 AD 病因单独或合并所致痴呆的新进展，对我们了解该课题的现状会颇有收益和启发。

本书编写内容繁多，并涉及多个学科，故组织多位教授和在读研究生一同完成，如精通神经放射学的张雪宁教授和神经超声学的潘旭东教授等。限于主编和编著者的经验、水平和能力，书中会存有很多不足之处和缺点，甚或错误，谨请广大读者或同道予以批评指正。神经病学的基础和临床的发展极快，希望该书能以此书作为平台，以跟进老年期散发性认知功能障碍课题的日新月异的发展。

在此，向所有帮助和支持本市编写和出版的单位和个人致以衷心地感谢！

王纪佐

2013 年 4 月

编写说明

近年,有关血管性痴呆和血管性认知功能障碍(VCI)的基础和临床研究发展很快,VCI和Alzheimer病(AD)的共存或因果关系争议不断,疾病的定义和诊断标准不断改动,使普通临床医生在实际中难以取舍和定夺。最近由多个国际相关专家发表的“血管病因造成认知功能障碍和痴呆”的循证医学指南(2011),NIA-AA的AD-痴呆、AD-MCI和AD-临床前阶段的临床和研究标准(2011)以及AD神经病理诊断指南(2012)以及散发性淀粉样血管病认识的进展等基本客观地总结了目前该领域的发展现状,在此按各自对临床工作的重要性予以全部和摘要介绍,并附加少许这些指南发表后的新资料;另外,另设章节对痴呆综合征的总概念和一般神经科医生实用的床旁认知功能检查;VCI的脑血管病的病种和分类;短暂性脑缺血发作和小卒中以及散发性淀粉样血管病所致认知功能障碍也予以介绍。

本书共分三篇,分别介绍痴呆综合征的总概念,并给出4种临床常用的床旁认知功能评定方法;血管病因造成认知功能障碍和痴呆的循证医学指南和卒中的病种和分类,短暂性脑缺血发作和小卒中以及淀粉样血管病所致认知功能障碍;AD的临床和研究指南以及AD神经病理诊断指南。

本书是一般临床工作者,特别是神经科和老年病科医生必备的参考书,也是医疗行政、药品研制和监管部门的重要参考资料。

李 新

2013年4月

目 录

第一篇 痴呆综合征

第一章 痴呆的命名和病因学分类·····	1
第二章 痴呆的临床表现·····	4
第三章 痴呆综合征的临床诊断标准·····	9
第一节 痴呆综合征传统的临床诊断标准·····	9
第二节 痴呆综合征新近的临床诊断标准·····	10
第四章 痴呆的临床简短神经心理检测量表·····	12

第二篇 血管性认知功能障碍 (VCI)

第一章 AHA/ASA VCI 指南 (2011) 解析·····	35
第一节 VCI 的发病率和患病率·····	40
第二节 VCI 命名和定义·····	41
第三节 VCI 的临床诊断标准·····	42
第四节 VCI 的神经病理·····	47
第五节 基础科学方面·····	49
第六节 脑淀粉样变性和遗传性小血管病·····	51
第七节 血管结构和功能的病理生理学——超声学在 VCI 中的应用·····	53
第八节 神经影像学在 VCI 中的应用·····	55
第九节 心血管危险因素对认知功能减退的影响·····	58
第十节 VCI 伴随临床血管疾病·····	63
第十一节 VCI 的临床试验和对症治疗·····	64
第十二节 VCI 和 AD 的预防——控制危险因素·····	66
第十三节 血管危险因素的其他干预治疗·····	74
第十四节 总结和展望·····	76
第二章 VCI 的卒中的病因和分类·····	80
第一节 卒中作为 VCI 病因学和分类·····	80
第二节 国际卒中的新分类和卒中亚型——ASCO 分类方法·····	80
第三章 VCI 的病因——TIA/小卒中·····	92
第一节 TIA 和小卒中的定义·····	92
第二节 TIA/MIS 的危险性·····	95
第三节 TIA/MIS 的病原·····	98
第四节 TIA/MIS 的临床表现·····	100
第五节 TIA/MIS 的检查·····	104

第六节 TIA/MIS 的处理.....105

第四章 散发性脑淀粉样血管病 VCI 和 AD 的病因.....112

第五章 世界卒中日宣言.....126

第三篇 Alzheimer 病 (AD)

第一章 AD 的临床诊断.....131

第一节 序言.....131

第二节 所有原因痴呆的诊断标准.....133

第三节 AD 痴呆的诊断标准.....133

第二章 MCI 由于 AD [MCI-AD]137

第三章 AD 的临床前期(preclinical stages of AD).....142

第四章 AD 的病理诊断标准(2012 年 NIA-AA 的 AD 神经病理指南的简介).....146

附录:155

第一篇 痴呆综合征

第一章 痴呆的命名和病因学分类

一、痴呆的命名

痴呆是一以认知功能障碍为主要症状的临床综合征。“痴呆”一词是由英文“Dementia”翻译而来。痴呆和 Dementia 两词的寓意不甚相同，台湾同行译作“失智症”，比痴呆更恰当和更易被接受。

最近 DSM-V 的神经认知疾患工作组（neurocognitive disorders work group）提出的新的认知功能障碍诊断分类和命名，将 DSM-IV 的谵妄、痴呆、遗忘（delirium, dementia, amnestic）和其他认知疾患章节改写。

DSM-V 推荐将认知功能障碍疾患分类为 3 个主要综合征：即谵妄（delirium）、重症神经认知疾患（major neurocognitive disorder）和轻度神经认知疾患（mild neurocognitive disorder）。最大的改变是取消遗忘（amnestic）作为单独病种；取消痴呆（dementia）的称谓，改称作“神经认知疾患”（neurocognitive disorders）。

在新 VCI 和 AD 的诊断标准中，痴呆（dementia）一词保留，等同于重症认知功能障碍疾患，而轻症认知功能障碍疾患仍使用 MCI-轻度认知功能障碍。

VCI 在新诊断指南中包括所有严重程度和脑血管疾病病因的痴呆，血管性 MCI 因传统习惯的影响，传统和新的命名将会混杂应用。

二、痴呆的定义

痴呆（dementia）是一临床综合征，其以多种认知功能缺陷为特征，其认知障碍是发生在患者神智清醒时，其程度足以影响患者的职业和社会活动。造成痴呆的病因很多，痴呆可以是单病因，也可以是多病因的，老年人最常见的痴呆病因多为脑血管病（现统称血管性认知功能障碍-VCI）和 Alzheimer 病（AD）的病因混合所致。不论何种病因所致，所有痴呆综合征皆有共同的临床表现，即多种认知功能缺陷，包括记忆障碍、语言障碍、失用、失认、抽象思维、判断和行为功能紊乱。除认知功能障碍外，还伴有非认知功能障碍，如精神和行为的紊乱。因病因和发病机制不同，这些认知和非认知功能障碍或紊乱的诸多症状和体征也将以不同的顺序和组合出现并构成不同的临床综合征。这些认知和非认知障碍是指从原先已达到的功能水平明显下降至足以影响社会或职业功能而言。患者对自己认知和非认知功能障碍和异常并不自知，也缺乏或丧失批判能力。痴呆的病程和预后，因病因不同而异，可以是进行性或不可逆行性，可以是静止性，也可以是可逆行性或可有所缓解。

三、痴呆的病因

(一) DSM-V 对轻症和重症神经认知疾患的病因分类

DSM-V 除将神经认知疾患按轻重程度分为“轻症认知功能障碍疾患”(mild neurocognitive disorder)(相当于 MCI)和“重症认知功能障碍疾患”(major neurocognitive disorder)两大类外,并按病因发病率的多寡再依次按疾病的性质将神经认知功能疾患细分类为是由于 AD、血管性疾病、额颞叶变性、外伤性脑损伤、帕金森病(PD)、HIV 感染、药物滥用、Huntington 病、Prion 病和其他特殊病因的神经认知功能疾患。

(二) 痴呆的病因

DSM-V 给出的病因是最常见和临床工作中必须考虑和鉴别的痴呆病因,但在神经科临床工作中需要考虑的痴呆病因有以下几方面。

1. 神经变性痴呆(neurodegenerative dementia)

(1) Alzheimer 型痴呆。

(2) 额颞叶变性(Frontotemporal Lobar Degeneration, FTLTD)综合征。

1) 行为—执行障碍额颞叶痴呆(Behavioral-Dysexecutive, FTD)。

2) 进行性不流畅失语(Progressive Nonfluent Aphasia)。

3) 语义痴呆(Semantic Dementia)。

(3) Lewy 体痴呆。

(4) 后皮层萎缩综合征。

2. 神经变性疾病伴发痴呆

(1) 帕金森病(PD)。

(2) 亨廷顿病(Huntington disease)。

(3) 肝豆状核变性(Wilson 病)。

(4) 进行性核上性麻痹。

(5) 皮质—基底节—变性:额叶、顶叶功能障碍突出,失用,异己手综合征,刺激敏感性肌阵挛和锥体外系临床表现。

(6) 原发性基底节钙化。

(7) 肌萎缩侧索硬化—痴呆。

(8) 脊髓小脑变性。

3. 血管性痴呆(血管性认知功能障碍) 包括各种病因的缺血性和出血性脑血管病,有症状或无症状,症状持续或暂时性的脑血管病,特别是各种原因的脑小血管病。

4. 继发性痴呆和可逆性痴呆

(1) 正常颅压脑积水。

(2) 颅脑外伤:外伤后,硬膜下血肿。

(3) 脑瘤:额叶胶质瘤、胼胝体肿瘤和慢性生长的胶质瘤。

(4) 缺氧。

(5) 感染:慢性脑膜炎、结核、霉菌、寄生虫、HIV 脑病、Prion 病(可传播性海绵状脑病)如散发性 Creutzfeldt-Jacob 病和新变异型 CJD (nvCJD)、神经梅毒、Whipple 病和 Lyme 病。

(6) 内分泌:甲状腺、甲状旁腺、肾上腺和垂体疾患以及胰岛细胞瘤。

(7) 营养：维生素 B₁₂ 缺乏、维生素 B₁ 缺乏、叶酸缺乏。

(8) 代谢性：电解质紊乱、低血糖、肾功能和肝功能衰竭和 Wilson 病。

(9) 胶原—血管炎：系统红斑狼疮、颞动脉炎、风湿性血管炎、类肉瘤、肉芽肿性血管炎。

(10) 肺疾患和其他：梗阻性睡眠呼吸暂停综合征、慢性梗阻性肺疾患、边缘叶脑炎、放射诱发痴呆、透析性脑病。

(11) 多发硬化。

5. 致痴呆物质诱发的持续性痴呆 (substance-induced persisting dementia) 主要有三类。

(1) 药物：抗癫痫药、镇静药、安眠药、抗焦虑药和鞘内注射氨甲蝶呤 (methotrexate)，抗胆碱能药物和抗高血压药物。

(2) 中毒：CO 中毒、铅中毒、汞中毒、锰、砷、四氯乙烯、甲苯、四氯化碳、甲醇、甲醛、有机磷杀虫剂中毒和工业溶剂中毒。

(3) 酒精。

6. 精神性假性痴呆

7. 混合型痴呆 (mixed dementia) 按字义混合型痴呆应为任何两种或两种以上病因痴呆的混合类型。实际上在老年人，随了年龄的增加，脑大动脉和小血管以及脑实质成分亦随之老化，病理表现为异常蛋白凝聚和神经细胞丧失的出现和增多，如 AD 的 tau 和 A β 异常蛋白的积聚以及大动脉粥样硬化和小血管的变性硬化；临床最多见的痴呆类型为 Alzheimer 病和 VCI 混合型，其次是 lewy 体病，故一般混合型痴呆是指 AD/VCI 这两型痴呆的并存，少数还有突触素的合并。所以无论从临床角度还是从神经病理发现讲，纯“AD”和纯“VCI”很少见 (图 1-1-1，彩图见附录)。

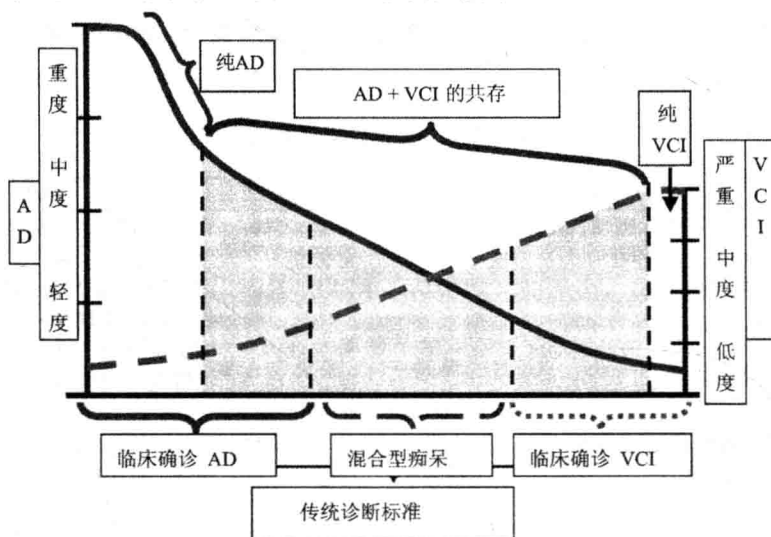


图 1-1-1 混合型痴呆是临床最常见的类型

第二章 痴呆的临床表现

一、认知功能缺陷和非认知功能障碍的临床表现

(一) 记忆障碍

(1) 记忆障碍的临床表现：记忆障碍是突出的早期症状，特别是 Alzheimer 型痴呆，患者多表现顺行性和逆行性两种形式的遗忘，难以确定两者出现的先后。常见的表现是遗失有价值的物品（如钱包、钥匙和手机等），忘记在炉火上蒸煮的食物，忘掉约会和最近发生的事件，不能记起年、月、日，甚至季节，在熟悉的环境中迷失。晚期记忆障碍甚至忘却职业技能、学识、生日、不认识家庭成员、甚或遗忘自己的姓名。

(2) 记忆障碍的检查：一般包括对信息的即刻记忆（register）、储存（retain）、回忆（recall）和识别（recognize）等几项内容的检查。对学习新事物的记忆能力的检查，可要求患者复述新告知的三个或更多性质不同物体的名称（即刻记忆），几分钟后再要求患者忆述即刻记忆的物体名称（保留和回忆）；要求患者在一系列物体（实物和图形）中辨认出告知的物体。暗示或提醒（多选题）对那些记忆障碍局限于新事物学习困难的患者无任何帮助。因为这些患者从开始就没有学会记忆这些物体。相反，回忆障碍患者呈无能力回忆，故暗示或提醒能帮助其记忆。远记忆力的检查，可要求患者回忆有关个人的过去情况或以往患者本人喜欢和关心的往事，如政治、体育和文艺等，同时也助于确定记忆障碍对患者个人生活能力的影响（如工作、购物、做饭、处理钱财的能力以及能独立回家而不迷失的能力）。

(3) 选择性记忆系统：最近应用选择性记忆系统分类记忆障碍，认为 AD 以情景记忆障碍为主（表 1-2-1）。

表 1-2-1 选择性记忆系统

记忆系统	主要解剖构造	记忆储存长度	感误类型	举例
情景记忆	内颞叶，前或丘脑核，乳头体，穹隆，前额叶	分—年	外显， 陈述性	记忆短故事，昨晚晚餐情况，生日怎样庆祝
语义记忆	下外侧颞叶	分—年	同上	第一任总理？狮子的颜色？筷子和梳子的不同
程序记忆	基底节，小脑，辅助运动区	分—年	外显或内隐，非陈述性	按标准程序开车（外显）；记住电话键盘号码的顺序（内隐）
工作记忆	音位：前额皮层，Broca 区，Wernicke 区 空间：前额皮层，视联合区	秒—分， 主动再听取或操作	外显， 陈述性	音位：打电话前，暂记住一组号码； 空间：脑中想出去某处的道路，或旋转一物体

附注：情景记忆（episodic memory），语义记忆（semantic memory），程序记忆（procedural memory），工作记忆（working memory），外显（explicit），内隐（implicit），陈述性（declarative），再听取（rehearse）

(4) 选择性记忆系统障碍常见的疾病（表 1-2-2）。

表 1-2-2 四种记忆系统和各自常见的疾病

1) 情景记忆障碍: AD, MCI (遗忘型-amnesic), Lewy 体痴呆, 脑炎 (如单纯疱疹病毒), 额颞叶痴呆的额叶变异型, Korsakoff 综合征, TGA, 脑震荡, 癫痫发作, 缺氧-缺血性脑病, 心肺短路, 药物不良反应, 维生素 B ₁₂ 缺乏, 低血糖, 颞叶手术, 血管痴呆, MS
2) 语义记忆障碍: AD, 语义痴呆 (额颞叶痴呆的额叶变异), 脑外伤, 脑炎 (如单纯疱疹病毒性脑炎)
3) 程序记忆障碍: PD, Huntington 病, PSP, 多系统萎缩, 抑郁, 强迫症 (obsessive-compulsive disorder)
4) 工作记忆障碍: 正常老年人, 血管性痴呆, 额颞叶痴呆额叶变异, AD, Lewy 体痴呆, MS, 脑外伤, 药物不良反应, 注意缺陷-多动综合征, 强迫症, 精神分裂症, PD, Huntington 病, PSP, 心肺短路, 维生素 B ₁₂ 缺乏 (肿瘤、中风、出血、和其他局限病损按其受累的解剖部位出现不同的记忆障碍)

(二) 语言障碍或失语

(1) 语言障碍的临床表现: 可表现为人或物的命名困难。言语变得不明确或空洞, 语句枯涩冗长, 迂回累赘, 过度使用一些不明确的虚词和代词。语言的理解、书写和复述障碍也常出现。晚期, 患者变得缄默少语, 或言语蜕变, 特征为模仿语言 (echolalia), 模仿听到的一切声音或重复语言, 再三重复听到的声音或语句。

(2) 语言的检查: 一般从与患者交流即能了解其语言流利度和理解力。另外, 还可要求患者命名室内物体 (桌子、灯、衣服等), 或身体部位, (鼻子、肩、手指等) 的名称, 以检查命名能力。要求患者复述一成语, 如“说话不要拐弯抹角” (no, ifs ands or buts) 或“春雨贵如油”。切忌使用绕口令, 因为应用这种需要口齿高度灵巧和熟练程度的方法检查, 会使并无弓状束损害的患者出现复述不能的假象。并应以口述和书写两种形式命令患者去完成简单的系列动作, 以检查其理解和运用操作功能。

(三) 失用

是指患者理解力正常, 无运动和感觉障碍情况下, 患者不能执行运动活动操作, 其表现为意念性失用, 患者不能以手势摹拟使用器具 (如梳头动作等)、或操作已知的动作 (如摆手、再见)。也可表现为穿衣、绘画和烹调等障碍。另可要求患者作技巧运动操作, 如刷牙、摹拟画两个交叉的五角形、拼凑积木、用火柴棒摆一图形, 以检测空间构造能力。

(四) 失认

患者视力正常, 但丧失认识物件 (如椅子和铅笔) 的能力。独自外出, 不能认识原先熟悉的路线, 方向和标志物, 不能到达预期的目的地和原路返回家门而迷失。逐渐进展至不能认识家庭亲人, 甚或镜子中患者自己都不能认识。同样也可出现触觉失认, 患者不能单靠触觉辨认放在手中的物体 (如硬币或钥匙)。

(五) 执行能力 (executive functioning) 紊乱

(1) 执行能力紊乱的临床表现: 是指在执行较复杂的任务或完成较复杂的行为活动时的紊乱。任务的实施运筹和操作等多种能力配合方能得以实现的能力的紊乱, 这包括抽象思维、设计规划、创始启动、贯序运作、监测校正和终结等能力。运筹和实施能力障碍是痴呆患者的最常见的症状, 其障碍与额叶及其皮层下通路病损有关。抽象思维障碍患者表现为难以处理新事物, 生活中避免需要新的和复杂信息的工作和活动。

(2) 执行能力紊乱的检查: 检查患者抽象思维的能力, 常规方法是要求患者讲出

两个相关物体的相同之处和不同之处（如牛和马）。运筹和实施功能障碍也表现为思维内容转换，学习掌握口语或非口语知识和技能以及执行系列运动活动能力的降低。检查这些内容时，可令患者从1数到10、背述甲乙丙丁……、从100连续减7、于1分钟内说出尽可能多的动物名称、画一呈“m”和“n”形交替的连续波折线。这些检查也可用以确定执行功能是否紊乱，如患者日常生活、工作能力、计划活动能力和预算能力等。

（六）空间认识障碍

表现为空间定向，如地点和所在位置的辨认障碍以及难以执行空间认识的活动，如患者不能临摹画一图、或一立方体、或交叉的五角形等。患者也可表现对自身空间认识障碍，如否认自己正常或瘫痪肢体的存在。

（七）判断和预见能力障碍

患者对自己的记忆力和其他认知功能障碍极其预后认识不足或不自知，可表现为：患者不切实际地过高估计自己的能力或地位；在行为 and 工作中作出与自己智能、学识、技能、物力和财力以及职务、社会地位和身份等不相符的行为和活动，如凭空计划开发一新型企业；或过高看待自己的社会地位；或自认为系某学科或某行业的技术精英或权威以及因此产生的失落和逆反心理及行为。患者可低估某些活动的危险性和危害性，如不遵守交通规章开车，偶可违法乱纪伤害他人。自杀行为也可发生，特别在疾病早期，因为患者此时尚保存有相当能力执行某些活动和计划，当遭到失败时，最易出现自杀行为。

（八）脱抑制行为

包括不合时宜地过度诙谐和开玩笑，忽略个人的仪表和卫生，对生人表现不适当的过度亲密，忽视社会和职业传统习成的规则、法规和礼貌，特别见于额颞叶痴呆。

（九）语言、步态和运动

痴呆患者可有步态运动异常，经常跌倒。言语含糊不清、锥体外系和锥体系症状和体征，特别见于血管性痴呆、Lewy 体痴呆以及帕金森病、ALS 合并的痴呆。

（十）精神和行为障碍

精神和行为障碍是痴呆的突出症状，特别是在 Lewy 体痴呆和额颞叶痴呆中更突出。因痴呆主要是指认知功能障碍，所以过去在诊断和治疗上有忽略精神和行为障碍的倾向，所以过去用为一般精神疾患患者检查的量表，不适合痴呆患者，也低估了痴呆的精神和行为障碍的发生率。痴呆患者因存有认识功能障碍，不能或难于了解和表达自己，使很多精神和行为障碍被掩盖或难于发现。所以这些症状的发现主要依靠患者照料者提供，用确实可靠的量表进行评定。

常见的症状有：焦虑、抑郁、情绪障碍、精神和行为异常。焦虑极为常见，患者应变能力极差，对诸如惯例和环境的微小改变都会出现超长的强烈的情绪反应。抑郁行为紊乱包括无欲、退缩、无精打采、悲伤和其他不愉快的表现。对过去喜爱的嗜好、活动和事物的兴趣消失殆尽。精神异常包括幻觉，各种形式的幻觉都可出现，特别是视幻觉常见，活灵活现的视幻觉成为诊断 Lewy 体痴呆的主要症状之一；妄想中以被迫害妄想最多见，错放误置的财物，坚信为他人偷拿窃走；荒谬地把自己的报酬和待遇与被患者夸大的工作成绩和水平不符归咎于他人的打击和压制等。妄想驱使可导致激动和攻击行为。这种对权势、财富、地位和尊重、学识、技术等自大妄想或被迫害妄想及无端猜疑