

精神障碍和心理社会问题的流行病学

痴 呆

A. S. Henderson 著

孔建 李卫国 译

陆如山 校



世界卫生组织



人民卫生出版社

9.1
5
7

精神障碍和心理社会问题的流行病学

痴

呆

A. S. Henderson 著

澳大利亚堪培拉澳大利亚国立大学

NH&MRC 社会心理学研究室

孔 建 李卫国 译

陆 如 山 校

世界卫生组织

人民卫生出版社



世界卫生组织委托中华人民共和国卫生部

由人民卫生出版社出版本书中文版

ISBN 92 4 156164 5
©世界卫生组织 1994

根据《世界版权公约》第二条规定,世界卫生组织出版物享有版权保护。要获得世界卫生组织出版物的部分或全部复制或翻译的权利,应向设在瑞士日内瓦的世界卫生组织出版办公室提出申请。世界卫生组织欢迎这样的申请。

本书采用的名称和陈述材料,并不代表世界卫生组织秘书处关于任何国家、领土、城市或地区或它的权限的合法地位、或关于边界或分界线的划定的任何意见。

本书提及某些专业公司或某些制造商号的产品,并不意味着它们与其他未提及的类似公司或产品相比较,已为世界卫生组织所认可或推荐。为避免差讹和遗漏,专利产品第一个字母均用大写字母以示区别。

本书中表述的观点仅由作者负责。书中表头中出现的“国家或地区”一栏,包括国家、领土、城市或地区。

痴 呆

A. S. Henderson 著

孔 建 李卫国 译

人民卫生出版社出版发行
(100050 北京市崇文区天坛西里10号)

人民卫生出版社印刷厂印刷

新华书店经销

1000×1400 32开本 2印张 51千字
1997年6月第1版 1997年6月第1版第1次印刷
印数:00 001—1 570

ISBN 7-117-02729-0/R·2730 定价:4.10元

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

序

精神疾病是常见的，也可以产生严重后果。据估计有多达 5 亿人可能有某种精神障碍或精神损害。在许多国家，40% 的残疾人是因精神障碍所致。有关精神疾病的种种流行病学预测显示，将来精神卫生问题很可能会增多，原因有多种，其中包括精神障碍患者或精神残疾者的预期寿命延长，越来越多的人达到精神障碍高发年龄。

精神卫生问题的严重程度远远超出了解决这些问题的现有资源水平。在世界大多数地方，能为精神障碍患者提供帮助的服务机构在质量和数量方面都不能满足要求。即使在大部分高度发达的国家，情况也常常是这样。一般公众和大部分医学专业团体——常常包括精神病学家——并没有充分了解精神障碍的范围和实质，也没有充分认识到这些障碍给患者、他们的家庭以及他们所在的社区所带来的沉重负担。在多数国家，传统的卫生统计机构并不能提供准确的信息反映他们群体中精神卫生问题的程度。由卫生统计部门常规收集的多数统计资料是根据死亡率得来的，这就有可能歪曲一个群体的健康状况，因为那些未必以死亡而结束的长期慢性疾病——包括许多精神神经疾病——在这些统计资料中不能显示出来。在许多国家，由于对精神卫生问题的严重程度和性质了解不够，又缺少有效的预防和治疗手段，造成精神卫生规划受到轻视。

要合理地选择卫生重点，必须拥有准确的信息反映精神神经疾病在社区和一般卫生机构中的发病率和流行性，它们在不同国家、不同文化、不同时间的变化情况，它们的社会人口学特征以及与其发生相关的危险因素。

不幸的是，精神神经疾病的可靠可比的流行病学资料很少。造成这种情况的原因中，有两点特别重要：（1）一般卫生保健人员接受的训练不足（和精神疾病缺乏生物学指标），造成对他们病人的精神卫生问题识别率低；（2）以前缺少一种“共同语言”——包括术语，一致的诊断

系统和评定这些障碍的标准化工具——这意味着已收集的资料并不真正可比。

从理论上讲，为了增进我们对精神卫生问题流行病学方面的了解，应对界定明确的各种或各类精神状况进行一系列的跨文化调查。过去20年来，为进行这类工作所做的方法学改进取得了重大进展。世界卫生组织（WHO）在这一领域始终发挥了重要作用：为第10版《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（ICD-10）（WHO，1992b）的第五章出版了配套的诊断要点（WHO，1992a），从此有了一个经广泛测试并被广为接受的诊断系统，WHO为研制以下各种精神病理学标准化评定工具也作出了贡献，它们包括：复合性国际诊断交谈检查（CIDI）（Robins等，1988），神经精神病学临床评定表（SCAN）（Wing等，1990），国际人格障碍检查（IPDE）（Loranger等，1991），WHO还创建了一个多中心网，各中心均能培训如何使用上述工具。另外，WHO已进行了跨文化临床和流行病学研究，该研究证明这类工作是可行的，同时，WHO还建立了一些研究组和研究中心，可进一步开展有关的工作。

近年来，有些国家已做了一些重要的流行病学研究（如巴西、中国、美国），但精神障碍的流行病学资料仍是很少并难以获得。因此，WHO决定编制一系列的单行本，每一本讨论一种特定障碍（或一组相关障碍）的流行病学资料。对发展中国家收集的流行病学资料将给以特别注意，因发表在科技杂志上的流行病学综述常忽略这些资料。正如WHO的几个重要流行病学研究所显示，例如国际精神分裂症试点研究（WHO，1979）；不同文化的抑郁症研究（Sartorius等，1982）；严重精神障碍结局的决定因素研究（Jablensky等，1993）；精神病学保健途径研究（Gater等，1991）；一般医疗机构中界定不清的心理障碍研究（Sartorius等，1990），将发展中国家或流行病学研究传统不长的国家中所得的流行病学资料，与发达国家或流行病学研究传统较强的国家中所得的流行病学资料进行比较，能促使深入认识这些障碍的实质——它们的原因、形式、病程和结局。

所有这些单行本编排格式类似：论述有关的诊断分类问题，特别参照ICD-10和现有的用于评定精神障碍的标准化评定工具。也论及对一般群体、基层保健机构、精神病学机构和其他机构如护理家庭、监狱等所做的发病率和流行性研究。然后讨论该障碍或该组障碍的主要危险因素，如果有该障碍的发病率和流行性的时间趋势资料，也将给出。每种单行本均以结论和将来研究建议作为结束。

希望这些单行本能有助于研究，有助于各种卫生机构、卫生计划制

订者、临床工作者和大众宣教工作者更好的理解他们所面对的问题的严重程度，有助于制订有效的预防策略和建立合适而又人道的各种保健实施系统。

References

- Gater R et al. (1991) The pathway study. *Psychological medicine*, 21: 761-774.
- Jablensky A et al. (1992) Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organization ten-country study. *Psychological medicine*, Suppl. 20.
- Loranger AW et al. (1991) The WHO/ADAMHA International Pilot Study of Personality Disorders: background and purpose. *Journal of personality disorders*, 5: 296-306.
- Robins LN et al. (1988) The Composite International Diagnostic Interview. *Archives of general psychiatry*, 45: 1069-1076.
- Sartorius N et al. (1983) *Depressive disorders in different cultures*. Geneva, World Health Organization.
- Sartorius N et al., eds. (1990) *Psychological disorders in general medical settings*. Berne, Huber.
- WHO (1979) *Schizophrenia: an international follow-up study*. Chichester, Wiley.
- WHO (1992a) *Global health situation and projections estimates*. Geneva, World Health Organization (unpublished document WHO/HST/92.1; available on request from Division of Epidemiological Surveillance and Health Situation and Trend Assessment, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland).
- WHO (1992b) *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva, World Health Organization.
- Wing JK et al. (1990) SCAN: Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry. *Archives of general psychiatry*, 47: 589-593.

致 谢

作者感谢 A. F. Jorm 和 G de Girolamo 医生在本文写作中提出的意见,感谢 B. Cooper 教授、I Levav 和 Karen Ritchie 医生提供的宝贵信息。感谢英国利物浦皇家利物浦大学医院精神病系的 J. R. M. Copeland 教授、美国巴尔的摩约翰·霍普金斯大学医学院精神病普通临床部的 M. F. Folstein 教授、瑞典 Goteborg Goteborg 大学精神病及神经化学系的 C. G. Gottfies 教授,认真审阅原稿并提出中肯的意见和建议。T. Jacomb 女士编辑了表格, Karen Maxwell 女士整理了原稿及参考文献。

特别感谢 Master Pharma 对该书出版给予的财政支持。

本书中使用的缩略词和缩写

AD	阿尔采末病
AGECAT	适用于由 GMS 和 CARE 会见派生的资料的计算机 诊断系统
AIDS	获得性免疫缺陷综合征
CAMDEX	剑桥老年人体检中发现的精神障碍
CARE	综合评估及特诊评价
CIE	堪培拉老年人访问
CPRS	综合精神病理学等级标准
DIS	诊断性交谈检查提纲
DSM-Ⅲ-R	《精神障碍诊断统计手册》修订第 3 版
DSM-Ⅳ	《精神障碍诊断统计手册》第 4 版
EURODEM	欧洲痴呆联合会
GHQ	一般卫生调查表
GMS	老年人的精神状态
HIV	人类免疫缺陷病毒
ICD-10	《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第 10 版
IQCODE	老年人认知减退申述调查表
MMSE	小型精神状态测试
MPI	多相人格调查表
NINCDS/ADRDA	神经学及交流障碍和中风国立研究所/AD 及相关障 碍协会
SIDAM	阿尔采末型痴呆, 多发性梗塞性痴呆及其他病因痴 呆诊断的有组织的会见

目 录

序	[3]
致谢	[7]
本书中使用的缩略词和缩写	[9]
1 前言	(1)
2 诊断上的诸多问题	(2)
2.1 标准	(2)
2.1.1 阿尔采末型痴呆	(2)
2.1.2 血管性痴呆	(5)
2.1.3 Lewy 小体病	(5)
2.1.4 其他痴呆	(5)
2.1.5 非痴呆的认知减退	(6)
2.2 评估方法	(6)
2.3 鉴别阿尔采末病危险因素的方法	(7)
3 流行病学研究	(8)
3.1 发病率研究	(8)
3.2 流行性研究	(8)
3.3 社会环境中痴呆的流行	(17)
3.4 痴呆流行性调查中的局限	(18)
3.5 暂时的趋势	(18)
4 危险因素的研究	(19)
4.1 血管性痴呆	(19)
4.2 阿尔采末病	(19)
4.2.1 遗传因素	(19)
4.2.2 唐氏综合征	(20)
4.2.3 指纹图谱	(20)
4.2.4 左撇子	(20)
4.2.5 父母年龄	(20)

4.2.6 头部创伤.....	(20)
4.2.7 既往医疗史.....	(21)
4.2.8 既往精神病史.....	(21)
4.2.9 酒和烟草.....	(21)
4.2.10 镇痛药	(22)
4.2.11 环境因素的影响	(22)
4.2.12 教育	(22)
4.2.13 缺乏运动	(23)
5 结论及对今后研究的建议.....	(24)
参考文献	(25)
附录 1 临床描述及诊断指导原则	(37)
附录 2 为研究目的而制定的诊断标准	(46)

1

前 言

由于世界人口空前老龄化，痴呆的社会及公共卫生问题巨增。到2000年，65岁或65岁以上的人数约为4.23亿，其中近50%在发展中国家（WHO, 1993b）。因而罹患痴呆的人数将有显著增长。而且，增长最快的恰恰发生于较高龄人口中，这将对人类及经济产生深远的影响，所以对以下四个领域的研究异常活跃：（1）神经生物学研究，包括AD的分子生物学；（2）痴呆及其危险因素的流行病学研究；（3）寻找药物干预途径；（4）为痴呆患者及其家人提供服务的研究。

2

诊断上的诸多问题

2.1 标准

制订诊断痴呆的统一标准是近年来的一大进步，现在它使不同研究者们能够用相同的疾病分类学条目来报导他们发现的病例并比较疾病的严重程度。然而这种诊断标准的统一化依赖于研究者们应用该标准时的严格性。如 Copeland 等 (1991) 所警告的那样，如果研究者们报告说他们使用了统一的诊断标准，但实际上只是部分或变通地使用，那么这种统一的诊断标准将会对标准化过程起到反作用。所以仅有诊断标准是不够的，还需要有标准的仪器和常规实施的规则。

WHO 在《国际疾病及相关卫生问题的统计分类》第十版 (ICD-10) (WHO, 1992, 1993a) 的诊断指导中颁布了国际通用的痴呆诊断标准。由于这些诊断标准是采纳了全世界专家们的广泛建议而制定的，所以真正具有国际性的特点。它们包括痴呆的系统性描述，以及阿尔采末病，血管性痴呆和其他痴呆综合征的各自特点 (见附录一，附录二)。

美国精神病学会 (APA) 目前正在修订《诊断与统计手册》第四版 (DSM-IV) 中的痴呆诊断标准以替代现行使用的 DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987)。APA 与 WHO 的密切合作关系使得这两套诊断标准极为相似。现在尚不知道，与 DSM-IV 及其他国家的痴呆诊断标准相比较，ICD-10 标准在可信度、确诊病例的阈值以及鉴别同一患者的程度等方面是如何实施的 (Henderson 等，待出版)。

2.1.1 阿尔采末 (Alzheimer) 型痴呆

ICD-10 中，诊断 AD 需要满足两条标准：存在痴呆的证据和缺乏临床可诊断的引起痴呆的病因的证据。以下另外一些特点支持痴呆的诊断但并非诊断痴呆的必需成分：(1) 皮质特征；(2) 动机和驱动力下

降；(3) 易激惹性和社会行为的不可抑制性；(4) 进行性的大脑皮层萎缩；(5) 在严重病例中有锥体外系病理征及癫痫发作。这些诊断标准能否用于流行病学的现场研究，尚未定论 (Henderson & Jorm, 1987)。

美国国家神经及传导系统障碍与中风研究所和 Alzheimer 病与相关障碍学协会制定了一套临床疑诊、拟诊、和确诊 Alzheimer 病的诊断标准 (McKhann 等, 1984)。Kukull 等 (1990) 发现在有经验的临床大夫手中，以上的诊断标准和 DSM-III-R 中的标准具有相似的可靠性。表 1 所示为 ICD-10 和 DSM-III-R 分类比较：

表 1 ICD-10 和 DSM-IV 中器质性精神障碍分类比较^a

DSM-III-R	ICD-10
阿尔采末型原发性退行性痴呆，老年起病	阿尔采末病痴呆
阿尔采末型原发性退行性痴呆，老年前起病	
脑多发梗塞引起的痴呆	血管性痴呆
未特指的老年痴呆	归类于其他疾病中的痴呆 Pick 病痴呆 Creutzfeldt-Jakob 病痴呆 Huntington 病痴呆 Parkinson 病痴呆 人类免疫缺陷病毒感染引起的痴呆
未另特指的老年前痴呆	未特定的痴呆
器质性精神障碍（第三轴相关的躯体障碍或情况，或病因不明者）	归因于脑损伤，功能失调和躯体疾病的其他精神障碍
谵妄 痴呆	谵妄，不是由酒精和其他精神活性物质所致
遗忘障碍	器质性遗忘综合征，不是由酒精和其他精神活性物质所致
器质性妄想障碍	
器质性幻觉障碍	
器质性情绪障碍	
器质性焦虑障碍	归因于脑损伤，功能失调和躯体疾病的其他精神障碍
器质性人格障碍	由脑损伤，功能失调引起的人格和行为障碍
未特定的器质性精神综合征	

a. 经 Gelder 等允许复制 (1989)

在 DSM-IV 中, 阿尔采末病的诊断标准修改如下:

- A. 存在多种认知缺陷, 包括记忆障碍及失语、失用、失认或执行功能障碍的一种;
- B. 渐进性起病, 并有连续性的认知力减退;
- C. 认知缺陷必须导致显著的社会或职业损害;
- D. 这些认知缺陷并非继发于其他障碍;
- E. 不存在谵妄情况;
- F. 没有其他的第一轴障碍能更好地解释以上的各种特点;

尽管这些诊断标准与 ICD-10 有许多相似之处, 但存在的差别仍是很明显的。例如, DSM-IV 没有划分轻中重度痴呆。ICD-10 则在对阿尔采末病分类之前便进行了痴呆综合征的分级 (见附录二)。DSM-IV 没有象 ICD-10 那样详细阐述记忆和信息处理损害的情况。另外从这两套诊断标准的应用所得的经验显示, 诊断阈上的一个细小的差别, 会导致同一样本中确诊的病例数目的巨大差异, 所以应该用 ICD-10 和 DSM-III-R 处理同一样本的比较来评估二者的作用。Henderson 等通过调查某社区中年龄为 70 或大于 70 岁人群样本中的痴呆综合征患者比较 ICD-10 和 DSM-III-R 的作用 (Henderson 等, 待发表)。结果发现, ICD-10 能检出的痴呆病例比 DSM-III-R 要少得多。

Rocca 和 Amaducci (1991) 强调无论使用哪种诊断标准都必须要有神经病理学的证据来证实临床诊断的正确性。他们也公正地指出 Tierney 等 (1988) 的重要结论: 神经病学诊断标准本身是非常易变的。研究大脑衰老和老年性痴呆的 Eurage 小组最近把一套统一的 AD 神经病学诊断标准推荐给欧共体成员国的研究者们。对 AD 的流行病学研究而言, 要求通过总人群的调查检出病例, 这就有可能在诊断中出现重大的错误, 尤其是把 AD 与血管性痴呆及其他痴呆明确区分开时 (Henderson & Jorm, 1987)。为了在一个社区中发现所有的病例, 应该对疑诊痴呆的人进行筛查和临床检查, 向亲属询问病史, 然后进行特殊检查包括脑成像术。所有这些都要无一遗漏地归档, 各项的作用在不同的时期是多方面的, 不能因病人不愿或不能进行而有缺失。对于特殊类型痴呆的流行病学研究的障碍非常大, 并且似乎没有减小的趋势, 即使生物学标记 (Davis, 1991; Corder 等, 1993; Poirier 等, 1993) 或可移动的脑成像方法已成为可能, 它们仍需等待被那些已很脆弱但尚未进行临床检查的老人们所接受。

AD 极有可能不是一个单纯的障碍 (Rocca & Amaducci, 1991), 根据起病年龄、家族性或偶发性、临床特点、神经化学物质缺乏及神经病理学可以分为许多亚型。然而目前还不能肯定不同的亚型是否可以依据

以上的因素进行划分。然而在病例——对照分析中,病因研究中诊断的多样性变得很明显了。

2.1.2 血管性痴呆

根据 ICD-10 规定,诊断血管性痴呆必须具备以下情况:(1)痴呆;(2)高级认知功能缺陷呈不均衡状态;(3)病灶性的脑损害;(4)严重的脑血管疾病。ICD-10 在血管性痴呆这一类型中又划分为以下四型:(1)急性发病的血管性痴呆;(2)主要发生于皮质的多发梗塞性痴呆;(3)皮质下血管性痴呆;(4)皮质与皮质下混合型血管性痴呆。

2.1.3 Lewy 小体病

除 AD 和血管性痴呆之外,能引起老年痴呆的其他病因越来越受到重视,其中之一便是 Lewy 小体病。该病在 ICD-10 中没有记载,但我们在此列出是很有意义的。Lewy 小体是一种直径 7nm~10nm 发生在脑干和皮质下核团的蛋白结构。Hassler 于 1938 年首次在痴呆的神经病理学中作了报道。Woodard (1962) 将之与一种特殊的痴呆综合征联系在一起。然而,直到最近,McKeith 等 (1993) 才提出有 Lewy 小体的老年痴呆占该病尸解病例的 20% 以上。他们描述了该综合征的五个特征性的临床特点:(1)认知障碍水平呈波动状;(2)视听幻觉;(3)偏执妄想;(4)抑郁症状;(5)跌倒或不可解释的意识丧失。该病的病因及其在整个人群中的发病率均一无所知。

2.1.4 其他痴呆

ICD-10 特别制定了匹克 (Pick) 病,克-雅 (Creutzfeldt-Jakob) 病,亨廷顿 (Huntington) 病和帕金森 (Parkinson) 病, HIV 感染等痴呆的诊断标准。由于对公共卫生存在着巨大影响,流行病学的关注点便集中在最后一种病 (HIV 痴呆) 之上了。

与其他类型的痴呆比较, AIDS 病能引起年轻人群发生进行性痴呆。Maj 于 1990 年发表了一篇关于 HIV-1 相关的痴呆综合征的综述。它的发病常常是隐匿的,伴有认知障碍,行为改变和运动症状,包括协调性障碍和下肢无力。WHO 制订了该综合征的执行诊断标准 (WHO, 1990), 强调了典型病例在有运动特征的同时无失语、失用、失认等症状外,其他认知和行为特点与 ICD-10 所述的痴呆诊断标准相同。症状主要是与皮层下痴呆相似。

2.1.5 非痴呆的认知减退

通常人们已经认识到：有些记忆和认知损害的程度已经到了令人困扰的地步，但尚未达到痴呆诊断标准，不足以诊断为痴呆。这些情况现在被称为良性衰老性遗忘（Kral, 1962），与年龄相关的记忆障碍（Crook, 1986），ICD-10 则称之为轻度认知障碍。这些名称尚未确定下来，有人担心这种叫法会出现使那些非疾病的状态具体化的危险（Rosen, 1990；Henderson, 1992）。

2.2 评价方法

诊断痴呆病人的方法有许多种。病人可能是在与卫生服务机构的接触中获得诊断。诊断也可能是在没有参照诊断标准的情况下作出的，而严重程度的分级趋于可变，尤其是较轻型的痴呆。这种相对不系统的诊断程序毫无疑问是卫生服务机构用以诊断大多数病例的方法。ICD-10 中临床描述和诊断指导（附录一）正是基于希望能改善这种状况而准备的。

一些卫生服务机构使用包括 ICD-10 和 DSM-R-Ⅲ 标准在内的更为清楚的标准。

从文献中可以找到三种发现病例的方法。第一种，研究者不是为了诊断结论而诊断，代之以在简单的认知测试中评价一个人的所做所为。这一方法在美国的 ECA（Epidemiological Catchment Area）中的研究工作已被采用（Robins, 1984；Kramer, 1985；Weissman, 1985；Regier, 1988）。在精神状态微型测试（MMSE）（Folstein 等, 1975）中得分低于 17 的人被认为存在严重的认知障碍。在这里，前提是有一大部分这样的人都符合 DSM-Ⅲ-R 或其他有关的痴呆诊断标准。在上海进行的一次重要的精神状态测试调查中，Katzman 等（1988）发现精神状态微型测试（MMSE）中文版对于老年人中的文盲极不适用。他们强调指出“我们不能详细地知道在文盲中痴呆的存在情况以及如何检查出痴呆来”。

当认识到发达国家中适用的筛查认知障碍的方法对于发展中国家的老年人并不适用时，Kua 和 Ko（1992 年）设计了一个含十个项目的老年人认知力评估问卷。应用于新加坡的老年病人时，该问卷显示出具有令人满意的智力测试的特性。

对认知力减退的老年人知情者问卷（IQCODE Jorm & Jacomb, 1989）是一种改良的筛查手段。IQCODE 是由亲属或与被调查人有密切关系的朋友完成的简短问卷，用于比较被调查的老年人在筛查时的记

忆思维状态与十年前的差异。Folstein (1991) 赞扬这一方法打破陈规, 代表了这一有广泛应用领域的重大进步。

第二种方式中, 调查者使用一种标准化的测试, 通常是在整个抽样人群中进行简单的筛查, 然后对那些有阳性发现者再进行更为详细的评估。这一典型的方法分为两部分进行: 一部分对于老年人, 另一部分对于知情者, 对获得的结果通过一定的程序分析而作出诊断。这种方法应用时最重要之处在于诊断是否是执行国际通用的诊断标准, 或它是一个特例。按照老年人精神状态检查 (Copeland 等, 1976, 1991) 和剑桥老年人体检中发现的精神障碍 (CAMDEX) (Roth 等, 1986) 所作出的痴呆诊断都与 ICD-10 或 DSM-III-R 做出的诊断是一致的。现在也在建立专门用于这些诊断的一些规则程序。这些检查手段都被设计成既可用于社会调查又可用于临床研究的形式。Zaudig 等 (1991) 所制订的 SIDAM 就是为临床工作者诊断 AD, 血管性和混合性痴呆而设计的。

第三种方式是建立一种以 ICD-10 和 DSM-III-R 诊断标准为基础的工具, 它使得在检测中涉及每一个必需的部分及临床特点。Canberra 老年人访问 (CIE) (社会精神研究小组, 1992) 就是这样的方式之一。它是为老年人痴呆、抑郁及残疾的流行病的调查而设计的, 可以由非专业人员进行询问。根据出现的规律可以作出 ICD-10 和 DSM-III-R 的诊断, 但也允许使用连续的无分类的痴呆和抑郁的标准。CIE 的可靠性在一系列严格的临床试验中已经得到体现 (Mackinon 等 1993)。

Brayne 和 Calloway (1990) 在一项重要的研究中发现, 不同的筛查工具和临床检查方法, 在用于同一人群中会得到不同病例的比例, 虽然在这些病例中有一部分是重复的, 但也存在很大的差异, 证实了 Kay 等 (1985) 的早期发现。

2.3 鉴别阿尔采末病危险因素的方法

近年来人们一直在努力不懈的寻找 Alzheimer 病的危险因素, 主要通过病例对照研究的方法。一般情况下病例是正在医院或临床检查的病人, 而对照组则是从医院、初级卫生保健机构或社区中招募。在病例对照分析中, 一个反复出现的难题是某种潜在的暴露出现的频率很低; 需要结合大量的病例进行论证, 但这些病例难以募集 (Schlesselman, 1982)。所以与欧共体 (EURODEM) 发起协调研究提出的对 AD 集合病例-对照研究的协调再分析是一大进步 (van Duijn 等, 1991a)。