

中国精神障碍防治指南丛书

老年期痴呆 防治指南

主编单位 中华医学会

主编 张明园



北京大学医学出版社

中国精神障碍防治指南丛书

老年期痴呆防治指南

主编单位 中华医学会

主 编 张明园

副主编 于欣 肖世富

北京大学医学出版社

LAONIANQI CHIDAI FANGZHI ZHINAN

图书在版编目 (CIP) 数据

老年期痴呆防治指南/张明园主编. —北京: 北京大学医学出版社, 2007. 6

(中国精神障碍防治指南丛书)

ISBN 978-7-81116-261-5

I. 痴… II. 张… III. 痴呆—防治—指南 IV. R749.1-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2007) 第 050126 号

老年期痴呆防治指南

主 编: 张明园

出版发行: 北京大学医学出版社 (电话: 010-82802230)

地 址: (100083) 北京市海淀区学院路 38 号 北京大学医学部院内

网 址: <http://www.pumpress.com.cn>

E-mail: booksale@bjmu.edu.cn

印 刷: 北京东方圣雅印刷有限公司

经 销: 新华书店

责任编辑: 李小云 责任校对: 金彤文 责任印制: 张京生

开 本: 850mm×1168mm 1/32 印张: 4.5 字数: 112 千字

版 次: 2007 年 6 月第 1 版 2007 年 6 月第 1 次印刷 印数: 1-5000 册

书 号: ISBN 978-7-81116-261-5

定 价: 11.50 元

版权所有, 违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

《中国精神障碍防治指南》编写委员会

名誉主任 沈渔邨

主 任 张明园 舒 良

学术秘书 张鸿燕

委 员 (以姓氏笔画为序)

马 崔 王祖诤 刘协和 严 俊 杨德森
沈其杰 沈渔邨 张 立 张明园 陈远光
陈彦方 周东丰 赵旭东 顾牛范 黄明生
舒 良 蔡焯基

老年期痴呆防治指南

主 编 张明园

副主编 于 欣 肖世富

编 者 (以姓氏笔画为序)

于恩彦 马 辛 王华丽 王 瑛 严 俊
李海林 陈生弟 苗国栋 林建葵 昂秋青
盛建华 薛海波 魏 镜

顾 问 (按姓氏笔画为序)

王鲁宁 许贤豪 严和骏 杨德森 李舜伟
张振馨 陈彦方 邵福源 周东丰 钱采韵
高之旭 舒 良 蔡焯基

前 言

由卫生部疾病预防控制局、中国疾病预防控制中心精神卫生中心和中华医学会精神病学分会牵头，编写《中国精神障碍防治指南》（以下简称《指南》）。现已完成的是：精神分裂症、抑郁障碍、双相障碍、老年期痴呆和儿童注意缺陷多动障碍（ADHD）。它们是《中国精神卫生工作规划，（2002～2010年）》（以下简称《规划》）中规定的重点疾病。

精神分裂症及双相障碍（旧称躁狂抑郁症），无疑是目前我国精神科服务的重点，而且在今后一段时间内仍然是我国专科服务的重点病种。抑郁障碍，则包括一组以情绪低落为主要表现的精神疾病或精神障碍，患病率相当高，正在日益引起人们的重视。以上三类精神疾病，均被世界卫生组织列为造成主要劳动力年龄段（15～45岁）的十大主要致病病种。随着人口的老龄化，老年期痴呆将为今后一段时期中，致残率增长最快的精神障碍。ADHD（旧称多动症），则为儿童最常见的精神障碍。

本《指南》参考和借鉴了国内外最新研究成果和指导建议，国际精神药物治疗规程委员会（IPAP）以及美国哈佛医学院的专家也多次提出咨询建议。在格式方面则参照卫生部和高血压联盟制定的《中国高血压防治指南》（试行本）。

本《指南》的指导思想之一是：精神分裂症、抑郁障碍、双相障碍和ADHD的发生和发展，都是生物-心理-社会因素综合作用的结果，它们的防治必须采取生物-心理-社会的综合措施。合适的精神药物治疗对上述疾病有肯定的效果，但是不能忽视也不能偏废心理社会干预。老年期痴呆虽以生物学因素为主，但在干预方面，社会心理干预仍占重要地位。

本《指南》的另一指导思想是上述各类精神障碍，都呈慢性或慢性发作性过程，因而需要全病程防治。在病程的不同阶段，采用以人为本的不同措施。在《指南》的编写中，还考虑到我国的国情和现实的社会经济发展水平，特别是与我国情况相应的卫生经济学原则。

《指南》的读者主要是在第一线服务的精神卫生工作者，包括专科医师、通科医师、综合医院心理科医师、临床社工师以及精神卫生管理人员。

本《指南》的起草委员会，包括来自全国各省市的 50 余名精神科临床及精神卫生预防管理的专家。老年期痴呆部分，还邀请神经科和老年科专家，参与编写和审稿。

精神分裂症、抑郁障碍和双相障碍防治指南的试行本，于 2003 年 9 月推出。承全国同道在试行中，提出不少宝贵意见和建议，成为本《指南》修改和定稿的重要参考依据。实践是检验真理的唯一标准，我们竭诚期望大家在本《指南》的实施中，继续批评指正，使《指南》日臻完善。

张明园 舒 良

2006 年 9 月

编写说明

本《指南》为《中国精神障碍防治指南》系列的第4本。至此，《中国精神卫生工作规划（2002～2010年）》中规定的重点疾病的防治指南均已出齐。

关于全书的背景、意义、指导思想和编写原则等，已在总的《前言》中阐述，这里不再重复。以下就有关本《指南》编写作简要说明。

虽然在国际和国内的分类中，都把痴呆列为精神障碍，但在实际临床和防治工作中，将痴呆（特别是占绝对多数的阿尔茨海默病）患者列为服务对象的专科科别，至少涉及精神、神经和老年三科。本《指南》的编写和审读，组织了精神、神经和老年科的专家共同完成。

本《指南》的读者，除了第一线服务的精神卫生工作者，包括专科医师、临床社工师及精神卫生管理人员外；也包括为痴呆患者提供服务的神经科、老年科及其他各科医师。

还有一点需要说明，痴呆的防治，不仅涉及传统意义的卫生系统，例如，日益发展的社区养老和托老机构，其服务对象中有相当比例为痴呆患者；又如，由于老年人口迅速增加，居家养老的绝对数日益增多，其中也有不少痴呆患者。如何为他们提供高质量的规范化服务，尚需积累经验，不断总结。

张明园

2005年2月

目 录

1 痴呆的概念.....	1
2 痴呆的流行病学及防治现状.....	3
2.1 国外痴呆的流行病学.....	3
2.2 我国痴呆的流行病学.....	4
2.3 我国痴呆的防治现状.....	5
3 痴呆的危险因素及相关因素.....	7
3.1 阿尔茨海默病的危险因素.....	7
3.2 血管性痴呆的危险因素.....	9
3.3 其他类型痴呆的危险因素.....	9
4 老年期痴呆的临床评估与诊断分类	11
4.1 老年期痴呆的病因学分类	11
4.2 老年期痴呆的临床表现	13
4.3 老年期痴呆的诊断	19
4.4 老年期痴呆的评估	22
5 痴呆的治疗	29
5.1 治疗目标	29
5.2 治疗原则	30
5.3 提高认知功能的药物治疗	31
5.4 精神与行为症状的治疗	45
5.5 伴发的躯体疾病治疗	53
5.6 特殊类型痴呆的治疗	55
6 痴呆患者的住院护理与居家照料	59
6.1 全日制医院的住院护理	60
6.2 日间医院住院护理	62
6.3 居家照料	63
6.4 改造居住环境设施	63

6.5	建立社区相关支持体系	64
6.6	躯体健康保持	64
6.7	生活照料	64
7	痴呆相关问题的处理	65
7.1	痴呆照料者的支持体系	65
7.2	痴呆相关的法律问题	66
7.3	痴呆全程保健的多学科性	68
8	痴呆的预防	69
8.1	预防的概念	69
8.2	预防的策略	69
8.3	预防的措施	71
8.4	预防效果的评估	74
9	痴呆防治指南的推广和实施	75
9.1	《中国精神卫生工作规划（2002~2010年）》 中与痴呆防治有关的指标	75
9.2	加强卫生部门的主导作用，协调多部门 参与精神疾病防治工作	76
9.3	广泛开展《指南》宣传和培训，提高专业 人员防治痴呆的业务水平和工作能力	77
9.4	开展健康教育，提高痴呆防治知识知晓率	77
9.5	多渠道筹集资金，共同促进《指南》推广	77
9.6	加强《指南》实施的信息收集与评估， 增强《指南》的指导性	78
附录		79
	词汇表	79
	国际疾病分类第十版（ICD-10）分类：痴呆部分	80
	美国《精神障碍诊断统计手册第四版》（DSM-IV）分类： 痴呆部分	80
	痴呆综合征诊断步骤	81
	国际疾病分类第十版（ICD-10）痴呆诊断标准	81
	ICD-10 的 AD 诊断标准	82
	DSM-IV 的 AD 诊断标准	83

CCMD-3 的 AD 诊断标准	83
NINCDS-ADRDA 的 AD 诊断标准	85
ICD-10 的 VaD 诊断标准	86
DSM-IV 的 VaD 诊断标准	87
NINDS-AIREN 的 VaD 诊断标准	87
画钟测验.....	89
总体衰退量表 (GDS)	90
CDR 临床痴呆分级量表	92
痴呆患者规范化治疗程序.....	93
阿尔茨海默病保健原则的立场申明 (美国老年精神科协会, 2006)	93
关于改善亚洲痴呆患者生活质量的共识	110
对亚洲痴呆患者的优质服务的共识	116
参考文献	123

痴呆的概念

痴呆是指由于神经退行性变、脑血管病变、感染、外伤、肿瘤、营养代谢障碍等多种原因引起的，以认知功能缺损为主要临床表现的一组综合征，通常多见于老年人群。痴呆究其本质是一种慢性临床综合征，而不是特指一种疾病或神经病理过程。痴呆除表现有定向、记忆、学习、语言理解、思维等多种认知功能损害外，多数病人还表现有行为异常。认知功能缺损和行为异常终将导致病人的职业及社会生活功能下降或丧失。痴呆的患病率高，致残、致死率高；现已成为西方发达国家的第四位死因，仅次于心脏病、癌症和脑卒中。痴呆病程长，医疗和照料负担重，直接和间接医疗费用都很高。因此，痴呆是老龄化社会面临的重要卫生服务问题和社会经济负担问题，应该引起全社会的重视。

在痴呆中，最常见的类型是阿尔茨海默病（Alzheimer disease, AD），曾称老年期痴呆。现一般称 65 岁以前发病者为早发型 AD，65 岁以后发病者为晚发型 AD，有家族发病倾向的称家族性 AD，无家族发病倾向的称散发性 AD。

血管性痴呆（vascular dementia, VaD）是痴呆的第二大类型。VaD 曾被称为多发性梗死性痴呆（multi-infarct dementia, MID），在新的诊断分类系统中都已改称为 VaD。

根据病损部位和临床表现不同，痴呆有皮层性痴呆（cortical dementia）和皮层下痴呆（subcortical dementia）之分。皮层性痴呆以记忆障碍、失认、失用和失语等表现比较突出，而皮层下痴呆以思维、运动缓慢，人格和情感改变比较突出。经适当的治疗，痴呆的病损和症状能全部或大部分恢复称为可逆性痴

呆 (reversible dementia)，否则称为不可逆性痴呆 (irreversible dementia)。

本《指南》重点介绍 AD 的防治，兼顾其他痴呆的防治。

随着时代的进步、科学技术的发展以及生活水平的提高,人的寿命普遍延长,老年人已成为当今社会越来越庞大的群体,痴呆的患病率也随之增加。有关痴呆的患病率和发病率的研究结果存在一定的差异,造成差异的原因,有可能是调查人群特点的不同,更有可能是方法学方面的差异所致。在痴呆中,AD 和 VaD 是最常见的两种类型,AD 占有所有痴呆的 50%~70%,而 VaD 占有所有痴呆的 10%~25%。

2.1 国外痴呆的流行病学

欧美地区有关痴呆流行病学研究较多,Copeland 等 1992 年报道了对利物浦 1070 名 65 岁及以上的社区人口进行的流行病学调查结果,痴呆的年发病率为 9.2‰,其中 AD 为 6.3‰,VaD 为 1.9‰。Andersen 等 1999 年报道了对丹麦某城市 3346 名 65 岁以上老年人的研究结果,痴呆的年发病率为 29.5‰,AD 为 20.9‰,而 80~84 岁年龄组年发病率为 82.2‰。最近一项国际共识研究认为,全球每 7 秒钟增加 1 个新发痴呆病例。Lobo 等 2000 年报道欧洲的一项调查结果显示,老年人群年龄标化的患病率为 6.4%,其中 AD 为 4.4%,VaD 为 1.6%。随着年龄的增长,AD 的患病率明显增加,而 VaD 患病率随年龄增加不明显。巴西 2002 年报道的痴呆患病率为 7.1%。古巴调查的患病率在 7.76%~14.96%之间,较其他地区偏高,提示痴呆患病率可能存在地区差异。在亚洲地区,Yamada 2001 年报道,日本 65 岁以上痴呆的患病率为 3.8%,其中 AD 为 2.1%,VaD 为

1.0%，其他类型痴呆为 0.7%，AD 女性患病率高于男性，而 VaD 两性之间无明显差异。Suh 2003 年报道韩国 1037 名年龄 65~94 岁老年人的调查，结果痴呆患病率为 6.8%，其中 AD 为 4.2%，VaD 为 2.4%，其他类型痴呆 0.2%。Ankri 等 2003 年综述了 Medline 上的 50 篇文章，发现 85 岁以上老年人的患病率介于 15%~40% 之间。Hebert 2003 年估计 2000 年美国的 AD 患病人口为 450 万，其中年龄在 65~74 岁的病例仅占 7%，40% 以上病例年龄为 85 岁或以上；其中轻度占 48%、中度占 31%、重度占 21%。

2.2 我国痴呆的流行病学

我国 20 世纪 80 年代各城市的调查研究认为，痴呆的患病率为 0.46%~1.80%，AD 的患病率为 0.07%~0.46%，明显低于国外报道，而且认为 VaD 患病率高于 AD。20 世纪 90 年代以后，随着国内学者对痴呆尤其是对 AD 认识的提高以及流行病学和痴呆诊断方法的完善，研究结果与国外研究相似。

张明园等 1990 年报道上海市 6634 名居民的流行病学调查分析，结果 65 岁及 65 岁以上痴呆的患病率为 4.61%，其中 AD 为 2.90%，VaD 为 1.26%，其他类型痴呆为 0.45%，AD 的患病率明显高于 VaD。该研究还发现随着年龄的增长，痴呆和 AD 的患病率逐年增加，85 岁以上老年人痴呆的患病率为 24.29%，而 AD 为 19.30%。张明园等 1998 等报道同一社区人群的 5 年随访研究结果，60 岁以上居民痴呆发病率为 0.92%，65 岁以上为 1.31%。此研究结果与西方及亚洲其他国家研究相仿。

张振馨等 (2005) 采用统一的诊断标准和调查程序在北京、上海、成都、西安 4 个主要城市对 55 岁及以上老年人进行痴呆患病率调查，结果表明，65 岁以上老年人 AD 患病率男性为 2.9%，女性 6.6%，总患病率为 4.8%。该结果提示，我国 AD

的患病率与西方国家资料接近。根据这一结果估计,我国现有AD患病人数约310万。该研究还发现,AD的病死率为14.4/100人年,低于VaD的18.3/100人年。和日本、英国和美国等国家的社区调查研究相似,我国痴呆的患病率随年龄增大呈上升趋势。至少在65~85岁的老人中,痴呆的患病率随年龄增大而增加,几乎是每增加5岁,其患病率就增加1倍。随着我国人口老龄化进程的加快、老龄人口的逐渐扩大,预测我国痴呆的患病人数将逐年增加。

2.3 我国痴呆的防治现状

我国目前痴呆的患病人数约占全世界痴呆患者的1/4。但与我国痴呆患病率较高形成鲜明对比的是,这些患者的就诊率非常低。据初步研究,患者即使去医院就诊,近半数(46%)的痴呆患者不在神经和精神科就诊,医生的神经心理检查的应用率低(15%),诊断符合率低(26.9%),反映我国医生对痴呆的认识不足。照料者带痴呆患者就诊的比例低,与痴呆知晓度和严重程度相关。轻、中、重度痴呆的就诊比例1996~1997年分别为8.3%、13.5%和19.4%,1998~1999年分别为14.4%、25.6%和33.6%。这些照料者报告就诊时的诊断显示痴呆漏诊率为73.1%,服药治疗者仅为21.3%,服胆碱酯酶抑制剂治疗的比例仅为2%。与其他疾病一样,痴呆也必须早期治疗和干预。因此,唤起全社会对这一群体的重视,给予早期诊断、早期干预,已经是不容忽视的任务。

在我国,老年人的生活和健康问题一直受到政府和医疗卫生机构的重视。无论是民政部门创办和建立的养老院、福利院,还是医疗卫生机构中的老年科和老年精神科,近年都有了相当快的发展。在许多地方,还在社区中开展“托老”服务或“居家养老”服务。国家和地方科委、卫生部在“九五”和“十五”计划

中，都专门立题立项对痴呆的基础和临床进行研究。但总体而言，社会大众对痴呆及其防治知识的知晓率还很低，痴呆患者的治疗率也很低，专业队伍和防治设施还跟不上需求的发展。调查显示，在我国每 10 万老年人口中，老年精神科医生仅有 0.3 人，可供使用的老年精神科床位不到 3 张，而住院患者中 40% 是痴呆患者。可见痴呆的防治仍然是任重而道远。

3

痴呆的危险因素及相关因素

3.1 阿尔茨海默病的危险因素

3.1.1 年龄

年龄是 AD 的重要危险因素。AD 的患病率随年龄增加几乎成倍增长，认知功能亦随年龄增加持续下降。流行病学资料表明，AD 的发病率至少在 85 岁以前随年龄增加而增加，几乎每 5 年增加 1 倍。

3.1.2 遗传

痴呆阳性家族史是 AD 公认的危险因素，提示遗传因素在 AD 的病因中起重要作用。目前已知某些早发性家族性 AD 病例是由特定基因突变引起的，如 21 号染色体上的 APP 基因突变或 14 号染色体 PS1 基因突变等。晚发病例约 30% 有痴呆家族史。国内外研究发现，载脂蛋白 E (APOE) $\epsilon 4$ 等位基因增加 AD 的发病危险，APOE $\epsilon 2$ 等位基因则可能具有保护效应。APOE $\epsilon 4$ 被认为是 AD 的易感基因。

3.1.3 抑郁

抑郁情绪在伴有认知功能损害者中较常见，而这些人更可能在随访阶段发生 AD。Devanand 等 (1996) 报道抑郁情绪能增加 AD 发病的危险性。

3.1.4 文化程度

目前认为，文盲或低文化程度是 AD 发病率和患病率高的重