

家庭医疗保健

从一

JIATING
YILIAOBAOJIAN CONGSHU



老年痴呆症

LAONIANCHIDAIZHENG 主编：陈湛愔、刘珍才 \ 广州出版社



家庭医疗保健

JIATING
YILIAOBAOJIAN
CONGSHU

老年痴呆症

主编：陈湛愔、刘珍才 副主编：钟灼、李建炜

编委：陈莲玲、林涛、李振琼、陈纯

广州出版社



图书在版编目(CIP)数据

老年痴呆症/陈湛愔,刘珍才主编. —广州:广州出版社,2003.5

(家庭医疗保健丛书.第2辑)

ISBN 7-80655-511-0

I. 老... II. ①陈...②刘... III. 阿尔米莫氏病—食物疗法

IV. R749.105

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2003)第 035882 号

家庭医疗保健丛书(第二辑)·老年痴呆症

广州出版社出版发行

(地址:广州市人民中路同乐路10号 邮政编码:510121)

广东茂名广发印刷有限公司印刷

(地址:茂名市计星路60号 邮政编码:525000)

开本:850×1168 1/32 总字数:2400千 总印张:118

印数:1—5000套

2003年5月第1版 2003年5月第1次印刷

责任编辑:何发斌

责任校对:陈宾杰 封面设计:郭 炜

发行专线:020-83793214 83780366

ISBN 7-80655-511-0/R·80

总定价:162.00元[全九册(软精装)]



出版前言

社会的稳定,科学技术的发展,生活方式、饮食习惯、社会关系的改变,使人们的生活从温饱型走向小康型、从劳力型走向智力型、从手工劳动生产走向大型机械生产,经济发展由局部扩展到全部。商品多元化,这是社会进步的一面。但人类将逐步进入老龄化社会。据有关部门统计,我国超过60岁的老年人约1.2亿,也就是说10个人中就有一个老年人,占全国总人口的十分之一。老年痴呆症在老年人的疾病中占有重要的位置,发病率逐年增多。老年性痴呆症是老年期一种常见的慢性进行性精神衰退疾病,是由于慢性或进行性大脑结构的器质性损害引起的高级大脑功能障碍的一组症候群,是患者在意识清醒的状态下出现的全面持久的智能减退。了解和研究本病是医者不可推辞的责任。本书是编者参考了多种有关老年痴呆症的文献和资料,并结合自己多年临床

工作的经验,历经3~5次易稿编写而成,目的是提高人们对本病的了解、认识、预防和治疗,使全社会关心老年人,爱护老年人,并使老年人老有所善,老有所乐。

本书共七章:第一章定义和发展史;第二章病因、病理和发病机制;第三章老年痴呆症的临床表现;第四章老年痴呆症的药物治疗;第五章中医辨证治疗;第六章常用中药;第七章常用食物。内容丰富,层次清楚,理论联系实际,是一部比较全面论述老年痴呆症的著作。

本书在编写过程中,承蒙对老年病学有较深研究的专家、教授给予指导和帮助,谨此致谢!

编 者

2003年4月

目 录

CONTENTS

第一章 定义和发展史

第一节 痴呆概念简史	1
第二节 中医对痴呆的认识	13
第三节 痴呆的患病率和发病率	17
第四节 痴呆的病死率	25
第五节 痴呆的危险因素	28
第六节 痴呆的神经生物学基础	30
第七节 痴呆的神经影像学	43
第八节 痴呆的神经电生理学	65
第九节 痴呆的分类	72

第二章 病因、病理和发病机制

第一节 痴呆的脑白质变化研究	80
第二节 阿尔茨海默病性痴呆	87

第三节	血管性痴呆	95
第四节	皮克氏病	100
第五节	帕金森病性痴呆	101
第六节	亨廷顿氏病性痴呆	101
第七节	癫痫性痴呆	102
第八节	代谢障碍性痴呆	103
第九节	酒精中毒性痴呆	105
第十节	维生素缺乏性痴呆	106
第十一节	中毒性痴呆	106
第十二节	外伤性痴呆	107
第十三节	多发性硬化性痴呆	109
第十四节	麻痹性痴呆	109
第十五节	克-雅氏病	111
第十六节	艾滋病性痴呆	112
第十七节	肝豆状核变性性痴呆	112
第十八节	中枢神经系统感染性痴呆	113
第十九节	脑积水性痴呆	113
第二十节	假性痴呆	114

第三章 痴呆的临床表现

第一节	痴呆综合症	117
第二节	阿尔茨海默病性痴呆	119
第三节	血管性痴呆	125
第四节	皮克氏病	130
第五节	帕金森病性痴呆	133
第六节	亨廷顿氏病性痴呆	138
第七节	癫痫性痴呆	142
第八节	代谢障碍性痴呆	145
第九节	酒精中毒性痴呆	150

第十节	维生素缺乏性痴呆	154
第十一节	中毒性痴呆	156
第十二节	外伤性痴呆	160
第十三节	多发性硬化性痴呆	162
第十四节	麻痹性痴呆	165
第十五节	克-雅氏病	167
第十六节	艾滋病性痴呆	169
第十七节	肝豆状核变性性痴呆	170
第十八节	中枢神经系统感染性痴呆	173
第十九节	脑积水性痴呆	178
第二十节	假性痴呆	179

第四章 痴呆的药物治疗

第一节	痴呆的精神障碍	188
第二节	阿尔茨海默病性痴呆	201
第三节	血管性痴呆	205
第四节	皮克氏病	210
第五节	帕金森病性痴呆	211
第六节	亨廷顿氏病性痴呆	215
第七节	癫痫性痴呆	216
第八节	代谢障碍性痴呆	217
第九节	酒精中毒性痴呆	219
第十节	维生素缺乏性痴呆	220
第十一节	中毒性痴呆	224
第十二节	外伤性痴呆	227
第十三节	多发性硬化性痴呆	229
第十四节	麻痹性痴呆	233
第十五节	克-雅氏病	234
第十六节	艾滋病性痴呆	235

第十七节	肝豆状核变性性痴呆	236
第十八节	中枢神经系统感染性痴呆	237
第十九节	脑积水性痴呆	245
第二十节	假性痴呆	246
第五章 中医辨证治疗		
第一节	辨主症	249
第二节	辨虚实	250
第三节	辨轻重	251
第四节	分型治疗	251
第六章 常用中药		
人参	.....	287
西洋参	.....	289
党参	.....	289
太子参	.....	291
黄芪	.....	291
白术	.....	292
山药	.....	294
扁豆	.....	295
大枣	.....	295
饴糖	.....	296
蜂蜜	.....	296
鹿茸	.....	297
巴戟天	.....	298
肉苁蓉	.....	299
仙茅	.....	300
淫羊藿	.....	301
胡芦巴	.....	302

杜仲	303
续断	304
猪脊	305
骨碎补	305
补骨脂	306
益智仁	307
冬虫夏草	307
蛤蚧	308
胡桃肉	309
紫河车	310
菟丝子	311
海马	312
熟地黄	312
当归	313
何首乌	314
白芍	315
阿胶	316
龙眼肉	317
沙参	317
麦门冬	318
天门冬	319
玉竹	320
黄精	321
百合	322
枸杞子	322
桑椹	323
白芍	324
龟板	324

鳖甲	325
薏苡仁	325
五味子	326
大黄	327
黄连	328
葛根	329
茯苓	330
山楂	331
三七	332
郁金	333
丹参	333
天南星	334
白果	335
远志	336
麝香	337
石菖蒲	337
川芎	338
天麻	340

第七章 常用食物

第一节 食用水果	342
第二节 食用蔬菜	361
第三节 食用海鲜	386
第四节 食用动物	397

第一章 定义与发展史

第一节 痴呆概念简史

目前我们已知的痴呆(dementia)概念,经历了许多世纪的演变过程,演变过程中的重要问题就是如何定义“痴呆”。痴呆一词衍生于拉丁文“dementatus”,其意指人的精神丧失,疯狂(crazed)、不可理解的古怪行为。

在过去的人类历史中,人类长寿并不常见,所以老年人口比例非常小。由于痴呆发生在一个特定的年龄阶段,当时所见的痴呆人数极少。在原始社会中年龄达到65岁的人口约占总人口的3%,罗马帝国国民的平均寿命不足30岁,1770年男人平均寿命为35岁,在1890年平均寿命提高到40~43岁,1980年为70~76岁,女性寿命较高于男性。在过去的年代里,少数老年人可能会表现为与年龄相关的认知功能改变,但用现代的观点去推测,其中仅有极少数人可能会发展成为痴呆。

对衰老和年龄相关问题的早期论述主要归功于 George Rosen。他引证了 Cirero 的“公元前2世纪的老年人”的文章,





强调在这个时期最重要的任务是实施老年人的心理工作,至少诗人和哲学家们想知道,积极的精神生活是否能够阻止或延缓人的衰老。Cirero 认为:“我们有责任干预老化过程,通过对老年人的精神护理去代偿他们的认知损害,就像我们对待疾病的态度那样去对待衰老。对老人的精神和心灵给予更多的关爱,对他们来说,就像光一样,如果我们不能为他们补充能量,那么伴随他们的只是暗淡的时光……,老年人要保持他们的心理功能,使他们的兴趣和社会化得以延续……。”(Rosen, 1961)

在公元 1 世纪, Celsus 在一个医学索引中首次使用“痴呆”一词。在他的百科全书中提到了在老年人中发生的麻痹,但是在他的“精神错乱讨论”中未涉及老年人。一个世纪后, Aretaeus 首次使用“老年性痴呆”(seniledementia)术语,他所指的老年性痴呆是否能与年龄的良性认知改变进行鉴别尚不清楚。他对老年人的精神衰败(mental decay)做了解释,他认为精神衰败与老年性衰老(dotage)并不相似,老年性衰老是老年人生理上的退化,无间歇期,直至伴随病人死亡。而精神衰败的躁狂症(mania)存在间歇期,能够在治疗后停止发作(Alexander, 1972)。当然那时所指的躁狂症并不是现代的情感性障碍,推测其可能系一种可逆性的具有兴奋性的精神疾病,这类疾病肯定也包括器质性因素所致的谵妄状态。

在公元 2 世纪, Jurenal(公元 60 年~130 年)认为老龄时期是危险的,因为老年人常伴有耳聋、眼盲,终因疾病和功能丧失的原因而残废。

Aurelians 是罗马 Trajan 国王(公元 53 年~117 年)和 Haduian 国王(公元 76 年~138 年)时代的一名内科医生,对老龄和精神疾病做过多次的论述,他认为老年人的某些改变有其

病理学基础。

在公元4世纪,Oribasius在内科和外科的文摘中描述了大脑萎缩的内容。这类疾病表现为智能丧失和运动无力。Oribasian试图将这类疾病与年龄增长联系起来,这可能是较早关于病因学的推测。

到了公元7世纪时,Paul在他的论著中描述了记忆、理性丧失的某些问题,但是Rosen认为他把老年性痴呆和愚鲁(feble-mindedness)或失语症(aphasia)混淆在一起了。正如我们已经注意到的,兴奋状态必须从痴呆中分离出来,但是一个较常见的难点就是往往伴有抑郁症。在公元第9世纪中,Perlian医生提到老年期忧郁(melancholy)是一种不可避免的疾病。

Robert Burton(1577年~1640年)是《忧郁分析》一书的作者。他观察到“70以后的老年人都有烦恼和悲伤情绪”,并认为老龄和忧郁之间也有一定关系。他认为老年是自然现象,像寒冷和干燥一样,忧郁与其有类似的性质,忧郁亦可能是由于精神和物质减少的原因。

Philip Barrough(1560年~1590年)是剑桥的一名职业医生,论述了认知障碍中记忆缺失和理性丧失之间的区别,如果理性与记忆一同丧失,那时的情感被称为是愚蠢(stultitia)的。

Richard Cosin在16世纪末期对痴呆的概念做了如下描述:当一个人对所有事物的察觉力和理解力丧失时,那么他的神智就可能受到干扰或精神失常。当然,这个概念太广泛和普遍,以致于不能作为认知障碍的定义,并且建议尽管疯癫过程的特征能够被辨认和描述,但是未必给它附上痴呆的术语。Cosin对其它症状也进行了解释,如昏睡(lethargia):几乎对所有事物的健忘;谵妄(delirum):指意识和思考能力减弱;愚蠢(stulti-

老年痴呆症





tia):系指其在某些方面呈现精神症状,但未达到白痴(idioi)程度。在这些问题上,正如 Cosin 所认为的那样,痴呆术语的多样化可能反映了在不同时代的行医者对痴呆概念使用的混乱。

William Salmon(1644 年~1713 年)描述了一位老年性痴呆病人,他诊断这位病人无兴奋性,表现为精神涣散、智力衰退。他亦观察了一些主诉抑郁和癔病症状患者的早期表现,并描述了与动脉硬化性痴呆有关的强制性哭笑、近事遗忘、持续性动作和言语,简称为“三联症”。

“痴呆”一词最早的含意可能意指精神病(insane)和非理性行为,直到群体中的许多老年人表现出异常行为时,才可能对老年人的正常和异常行为改变做出区别。与认知功能损害有联系的是情感的变化,主要是抑郁情绪,但是其原因和其结果可能超出了当时观察者的了解。尽管能够对伴有明显认知障碍的老年精神病人与伴有理性和感觉丧失的精神病人之间做出区别,但是对早老性痴呆几乎无明确的概念,亦未能对存在认知衰退病人组和较年轻的智能障碍病人组之间做出鉴别。

麻痹性痴呆(general paresis, GP): Henry(1941 年)对 GP 的起源和发现做了叙述,认为早于 19 世纪前就存在 GP 的证据是不确切的,至少在梅毒传染的表现形式上被发现。

1798 年,John Haslam 首先报道了本病。1822 年, Bayle 基于临床和病理学的研究,认为该类病人所有的精神和躯体症状都是慢性脑膜炎的表现。他第一个提出 GP 是一个疾病实体,临床上以智能障碍、荒谬的夸大观念、进展性肌肉无力为特征。他进一步阐述了 GP 不可能是一种精神疾病的并发症,其症状亦不能作为其它精神疾病类型的一部分。

1838 年, Esquirol 坚持认为 GP 是各类精神疾病的并发症,

特别是情感障碍或其他精神疾病的并发症,试图将所有症状群体都归于一种似是而非的单一诊断范畴。

1857年 Esmarch 提出 GP 其本质是由梅毒所致,在此以前尚无人提出过 GP 的特殊病因学问题。1904年 Fournier 对 GP 的梅毒由来提供了统计学数据。1904年前 Alzheimer 对 GP 的组织病理学的改变做了全面的描述。在同一年, Kraepelin 叙述了梅毒感染是麻痹性痴呆发生的实质,并于 1890 年采用 Quinke 方法做脑脊液检查。Wasaerman 诊断性试验实行于 1906 年,一系列的证据证实了 GP 的梅毒病因学理论是正确的。1912 年 Lange 胶体金试验又进一步提供了实验室证据。

1905 年 Schaudinn 在原发性损伤中发现了梅毒螺旋体,在 1913 年 Noguchi 和 Moore 在轻瘫者的脑内证实了梅毒螺旋体的存在。Ehrlich 发明了肿凡钠明 (Salvarsan) 用于治疗 GP,这是治疗 GP 的第一个药物,在 1917 年 Jauregg 采用了热疗法,第二次世界大战以后,青霉素成为治疗 GP 的有效药物。

Esquirol 对三种类型的痴呆包括急性痴呆、慢性痴呆、老年性痴呆做了区别。并认为发热或出血可以导致急性痴呆,但它是可以治愈的;淫乱和酗酒等因素可引起慢性痴呆,躁狂症或癫痫亦可导致慢性痴呆,但慢性痴呆很难治愈。而关于老年性痴呆,Esquirol 在他的痴呆概念中是这样描述的:老年性痴呆起因于增长的年龄。人在达到极度衰老状态以前,就存在感觉缺失,伴有理解能力丧失。老年性痴呆开始于记忆减退,尤其是近事记忆减退,注意力减退,意志减退,运动缓慢。同时他还认为老年性痴呆常以兴奋状态为表现形式,如活动过度、易激惹、食欲和性欲亢进等症状,显然这些症状类似于现在的躁狂症。而他的痴呆概念又非常相似于我们现在所称的抑郁性疾





病,所以,当时 Esquirol 对老年性痴呆术语的使用范围较为广泛,但描述老年性痴呆的认知功能改变接近于现代的痴呆概念。

Esquirol 为我们对痴呆概念的了解做出了一定的贡献。早在公元 7 世纪开始,医生们常把疾病所致的认知功能障碍与大脑发育不完全或部分不完全所导致的智能低下相混淆,到 19 世纪初人们才注意了这两者的鉴别点。

Prichard(1786 年~1848 年)把痴呆描述成四个阶段:①近事记忆下降;②理性丧失;③举止行为不可理解;④本能行为丧失。但是,病因学的问题还不十分清楚。1942 年 Prichard 又描述了老年性痴呆是各类疾病影响大脑功能所导致的偶然性结果,例如持续发作的躁狂症、忧郁症、卒中发作、麻痹、严重和频繁的癫痫发作或伤寒发热等疾病,对大脑都有不同程度的影响。

一般认为大脑器质性改变均能导致老年人认知功能的削弱,但是,19 世纪初的医生们仍然不愿意将急性脑损伤和感染所致的意识障碍从慢性病的痴呆中分离出来。例如,器质性障碍症状群中可能有情感性特征,慢性难治性抑郁症就可能具有持续性认知功能改变的特征。因此,在当时由于缺乏对该病的有效治疗,还不能完全将抑郁症从痴呆中区别出来。

20 世纪到来时,Tuke 仍然将痴呆划分为四种类型:①原发或急性痴呆;②继发性痴呆(继发于躁狂症或忧郁症);③老年性痴呆;④麻痹性痴呆。

1845 年 Wilhelm Griesinger 在他的精神病教科书中,在精神虚弱(mental weakness)状态下包括了冷漠性痴呆(apathetic-dementia)的诊断。老年性痴呆是冷漠性痴呆的一种类型,归因