



现代心理咨询与治疗丛书

老年性痴呆的咨询与治疗

赵友文 盛树力 肖顺贞 主编



北京大学医学出版社

现代心理咨询与治疗丛书

老年性痴呆的咨询与治疗

主 编 赵友文 盛树力 肖顺贞

北京大学医学出版社

LAONIANXING CHIDAI DE ZIXUN YU ZHILIAO

图书在版编目(CIP)数据

老年性痴呆的咨询与治疗/赵友文,盛树力,肖顺贞
主编. --北京:北京大学医学出版社,2004.9
(现代心理咨询与治疗丛书)
ISBN 7-81071-755-3

I. 老... II. ①赵...②盛...③肖... III. 阿尔茨
海默病—诊疗 IV. R749.1

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2004)第 086899 号

老年性痴呆的咨询与治疗

主 编: 赵友文 盛树力 肖顺贞

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: 北京地泰德印刷有限公司

经 销: 新华书店

责任编辑: 许 立 责任校对: 焦 娟 责任印制: 张京生

开 本: 850mm×1168mm 1/32 印张: 6.125 字数: 115 千字

版 次: 2004 年 9 月第 1 版 2004 年 9 月第 1 次印刷 印数: 1—5000 册

书 号: ISBN 7-81071-755-3/R·755

定 价: 12.00 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)

作者简介

赵友文

北京大学第六医院(精神卫生研究所)主任医师、教授
中国心理卫生协会理事
中国心理卫生协会心身医学专业委员会副主任委员
中国神经精神疾病杂志编委

盛树力

首都医科大学宣武医院教授
北京脑老化重点实验室首席专家
中国药理学会理事
中国药理学会抗衰老和老年性痴呆专业委员会
主任委员
中国老年性痴呆科学家协会主任委员

肖顺贞

北京大学护理学院教授
中华护理教育杂志副总编辑

序 言

随着我国社会经济和医疗卫生事业的迅速发展，人民的平均寿命有较快延长，使我国老年人口在整个人口中的比例明显上升，部分地区已跨入老龄化社会。

老年期痴呆（包括老年性痴呆即阿尔茨海默病和脑血管痴呆）是老年期的常见疾病，其患病率随年龄的增加而增高。国外进入老龄化社会较早地区的流行病学调查资料显示：65岁以上人群的患病率为5%，80岁以上人群痴呆的患病率可高达20%。

老年期痴呆是以进行性记忆力下降、后天获得知识丧失、丧失工作能力和生活能力为特征的疾病。在早期往往不被人注意，一旦发现已进入中、晚期。以致丧失了治疗机会。晚期病人可以达到生活完全不能自理的程度。对照料者和家属带来沉重的精神压力和负担。因此，对本病的防治已成为国内外医学界、公共卫生学界和社会各界的广泛重视的课题。

本书的作者：赵友文、盛树力及肖顺贞三位教授，是上世纪60年代初期毕业于北京医学院的同学，在不

同的岗位上工作 40 余年，近期都致力于老年期痴呆的防治和护理工作，有较丰富的临床经验。他们各自发挥自己的专长，分别对老年期痴呆的发病机理、临床表现、与其他疾病的鉴别诊断和治疗进行了详细的论述，此外对痴呆病人的护理也做了详细的介绍。

本书内容十分丰富，言语通俗易懂，理论性和科学性均较强，是从事痴呆防治工作医务人员的学习资料，也是广大病人家属以及老年社会工作者的参考读物。

中国工程院院士

北京大学精神卫生研究所名誉所长、教授、博士生导师
WHO/北京精神卫生研究和培训协作中心主任

沈渔邨

2004. 6. 3

北京

前 言

全世界人口已超过 60 亿，从世界范围来说，全世界已进入全球老龄化时代。在发展中国家 60 岁以上和发达国家 65 岁以上老年人群超过总人口的 10% 以上即进入老龄化社会，欧洲是人口老龄化最早出现的地区，法国于 1866 年成为全世界第一个老年型国家，到 1950 年有 15 个国家，1988 年为 57 个。我国于 1999 年末成为老年型国家。

人口老龄化的发展趋势是在 40~50 年内老龄人口呈逐年增加的态势，60 岁以上和高龄老人（80 岁以上）人口增长的速度分别为总人口增长速度的 2 倍和 6 倍。据世界卫生组织估计，今后 20 年中，发展中国家老龄化的形势尤为严峻，到 2020 年全球十几亿老年人口中，2/3 生活在这些发展中的国家。到 2050 年老龄化问题更为突出（见表 1）。

新加坡目前 60 岁以上老年人口已超过 10%，预计到 2030 年将上升到 25%；印度到 2030 年，65 岁以上人口将达到 12%。表 1 可发现有些发达国家，80 岁以上人口比例在 50 年后相对较低，表示 65 岁以下人口增加，而中国由于严格控制人口生育造成人口老龄化的提前和由于生存条件的改善，使老年和高龄人口

大幅度上升。

表 1 2050 年预期老年人口占总人口的百分比 (%)

国家	达到和超过的年龄	
	65	80
中国	35.0	22.0
德国	36.2	21.6
法国	34.0	20.0
加拿大	33.0	19.7
日本	33.1	17.0
美国	29.0	16.0
英国	28.9	15.5
意大利	31.0	15.2

我国 60 岁以上老年人口由 1982 年的 7.6% 到 1999 年末超过 10%，从而进入老龄化国家。由于上世纪 50、60 年代高生育期出生的人，将在 2010 年后进入老年期，使老年人口迅猛增长，预计 2015 年老年人口将达 2 亿，2027 年超过 3 亿，2050 年达到 4 亿以上，65 岁以上老年人口可能占总人口的 35%，80 岁以上达 22%，可见我国面临的严峻形势。美国人平均寿命在缓慢增长，1950 年为 68.2 岁，1985 年为 74.9 岁。但 85 岁以上老人中女性占 150 万，男性 67.5 万，而且高龄老人还在不断增长。1996 年欧洲人口 3.73 亿，印度 9.4 亿，美国 2.64 亿。欧洲人口高峰在 2025 年，然后下降，欧洲平均寿命女性为：80 岁；男性：73.5 岁。日本男性 77 岁、女性 84 岁。日本的低出生率使现在人口的 1.25 亿人口在 2050 年预计下降到 1 亿，2100 年低至 5500 万，65 岁老人现在占 14%，2015 年增加到 25%，2050 年达 33%。印度 65

岁以上老人预计在 2030 年将达 12%。

人口、资源和管理是影响国民经济持续发展的三大要素。人口和人口结构素质是关键性因素。由于我国人口过多，必需严格控制人口的增长，因而提前出现人口老龄化。而目前我国老年人都出生在上世纪 40 年代之前，大部分人文化程度较低，具有一技之长者较少，这就很难适应高科技时代对个人素质的要求，影响了老有所用。而现在许多家庭结构呈现 4:2:1 格局，即 2 个成年人需要抚养四老一小，甚至出现所谓空巢家庭，从而使许多老年人产生心理和身体疾病的双重压力。因而关心老年人心身健康已是全社会刻不容缓的任务。

但是老年人心身健康最关键的问题是自我保健，调整心态，积极参与社交活动，把养生保健放在第 1 位。在条件允许下，从事一些力所能及的工作。目前我国处于经济快速增长时期，工作节奏加快、竞争激烈，一些慢性病，不仅发病年龄呈现低龄化趋势，而且患病率、死亡率逐年上升。预期经过几十年，我国患病人数、伤残人数的比例上升，而平均寿命有所下降。因此，严格来说，保健需要从儿童开始，现在儿童肥胖症、糖尿病明显增加，就是中老年疾病的潜在的威胁。中年开始保健，学会科学保健，才能为老龄健康化打下基础。

全社会关心老年人是政府、社会团体和人民群众共同的义务，建立多层次非赢利老人公寓，护理院和发展社区医疗已是刻不容缓的大事。可以设想 50 年后，老年人口占人口至少在 25% 以上，到那时，谁来

照顾老年人。老年人不仅在患病时需要照料，而关心老年人心理上的需求更为重要，有些年轻人认为老年人只要不愁吃，不愁穿就行了，这是一种认识上的误区。老年人心理障碍明显增加，值得大家关注。

老年人的疾病排序是心脏病、肿瘤、脑血管病，第4位是老年性痴呆（AD）。由于心脏血管病和肿瘤治疗手段的突飞猛进，可以乐观地预期这些疾病的死亡率将会大幅度下降。但是脑科学研究虽然取得巨大进展，但是由于脑结构和功能的极端复杂性，科学家对脑功能的了解仍然比较肤浅，特别对老年性痴呆复杂的发病机理了解更少，近期不可能在防治上取得突破性进展。所以，西方有专家预言，老年性痴呆将是21世纪人类第1杀手。痴呆系指进行性智力功能、记忆力及获得知识的技巧能力的降低，老年痴呆是老年期常见的一组疾病，其中超过半数老年性痴呆（阿尔茨海默病），血管性痴呆接近一半，其他少数痴呆由其他原因引起。目前全球的AD病人估计在2000~2500万。美国超过400万，中国已超过500万。

在美国每年死于AD超过10万人。新诊断为AD病人每年为25万，在AD确诊后，平均生存期8年，主要取决于对病人的护理。AD的费用仅次于心脏病、肿瘤而居第三位费用最多的疾病。AD病人的费用分为直接费用（如医疗费用、护理院和社区医院等）和间接费用（如社区照料、家庭照料和死前照料和失去工作等）。美国1988年这两项费用超过130亿，1994年为830亿，目前可能超过1000亿，预计到2050年AD病人将超过1400万，费用约3000~3500亿。西

方国家这种病人每年每人需花费 1.5 万美元，花费最多的是中度严重的 AD 病人。AD 病人住在护理院平均每人 2.75 年，比其他病人住护理院的时间多 10 倍。在西方发达国家约 12% 的 AD 病人住院治疗，大多数病人在社区和家庭照料。1 个重度 AD 病人需要接受照料的时间，每天为 8 小时，中度病人为 3.2 小时，由此可见 AD 病人不仅花费很大，而且给家庭生活造成沉重负担。美国 AD 协会（American Alzheimer's Association）估计美国的 AD 药物市场，在 1994 年为 8.5 亿，由于安理申和艾斯能的出现，估计在 3 年后，胆碱酯酶抑制剂的市场将超过 20 亿，欧洲药物市场 1994 年为 7.2 亿，2001 年为 9 亿。

我国虽然没有对 AD 病人的费用进行统计，在国内除应用胆碱酯酶抑制剂及其他辅助药外，大部分病人需要抗感染治疗，因绝大多数 AD 病人常死于感染。假定国内 AD 病人确诊后平均能活 5 年，假定只有 1/10 的 AD 病人能得到某些治疗，那么 50 万病人的费用，每年估计至少花费 50 亿。到 2050 年，我国老年痴呆病人将超过 3000 万，预期费用将超过 1 万亿。

由此可见，人口老龄化对老年人本人、家庭以及社会带来巨大压力，是影响国民经济持续发展的重要因素。健康老龄人必须面对众多老年病的防治，特别是将成为 21 世纪的第一杀手的老年性痴呆的防治，全社会和政府部门都应给予更多的关注。

盛树力

2004. 7

目 录

第一章 老年的生理变化	(1)
第二章 脑的结构和功能	(10)
一、脑组织	(10)
二、神经系统中的主要成分	(12)
三、大脑皮质的功能区	(15)
四、人脑具有学习和记忆功能	(17)
第三章 记忆障碍	(22)
第四章 脑老化	(24)
一、神经系统老化表现	(24)
二、老年性痴呆的神经病理	(27)
三、阿尔茨海默病的发病机理	(28)
第五章 危险因素	(30)
一、年龄	(30)
二、基因突变	(31)
三、头部外伤	(33)
四、糖尿病	(33)
五、性别	(34)
六、载脂蛋白 E (APOE)	(35)
七、教育程度与职业	(36)
八、应激状态	(36)
九、长期服用安眠药	(37)
十、高血压、血管硬化、高脂血症	(37)

十一、饮食	(38)
十二、吸烟	(38)
十三、保健品	(38)
十四、心理健康	(39)
第六章 老年性痴呆的临床	(41)
一、老年性痴呆的概念	(41)
二、痴呆的分类	(42)
三、痴呆的临床表现	(44)
四、痴呆的三个阶段	(63)
五、痴呆的种类及诊断标准	(66)
六、痴呆的诊断及鉴别诊断	(83)
七、痴呆的各项检查	(102)
八、痴呆的治疗	(121)
第七章 老年痴呆患者的护理	(145)
一、认知功能障碍及其护理	(145)
二、行为异常及其护理	(150)
三、日常生活问题及其护理	(156)
四、精神和情绪问题及其护理	(164)
五、老年痴呆病人的护理注意事项	(167)
六、如何减轻照顾者负担	(170)
第八章 老年性痴呆的预防	(174)

第一章

老年的生理变化

老化的特点是贮备能力减少、适应力减退、抵抗力下降、自我调理能力减弱。老化的根本变化发生在分子水平，而表现为细胞和器官功能减退以及结构与形态变化。

(一) 体形

40 多岁以后，身高开始下降，大约每 10 年减少 1 厘米。这是由于足弓变扁，脊柱的椎间盘丢失水分后变扁，以及脊柱的弯曲度增加所致。肺组织弹性减低使胸部的横径变窄而前后径增加。各部位的肌肉是否萎缩以及脂肪的堆积情况，则根据体格锻炼情况与饮食习惯，因人而异。

(二) 组织成分

正常成年男性身体总水量占体重的 60%，女性约占 52%。60 岁时，男性则为 54%，女性为 46%，说明老化使体内水分减少。这是因为各脏器的萎缩，尤其是肌肉萎缩所造成。脏器细胞，如肝、肾细胞以及肌肉含有丰富的水分，而脂肪组织则含水量很低，如无特别原因，老年人的体内脂肪组织增加。

人体细胞的总量决定人体的机能。含水量减少间

接反映总细胞量减少。老人总细胞量的减少超过体表面积或体重的下降。许多检测人体功能的指标都是以单位体表面积为参考值,如每平方米体表面积每分钟耗氧量、每平方米体表面积每分钟肾血流量等。按照这种表达方法,老人许多种功能的数值,如耗氧量、肾血流量等与年轻人相比相差较大,但实际上,以身体的需要为标准,则相差不一定那样大。由于细胞总量已减少,因此降低的功能对于满足细胞的需要还具有合理的比例。以人体总细胞量为标准,作为表达各种生理功能的指标,更为合理,但是测定总细胞量的方法较困难,所以不能广泛使用。

(三) 呼吸系统

儿童可以长时间不停地玩耍和活动而不知疲劳,30岁的成年人如果这样做就会感觉吃力。一个主要因素是组织供氧系统的功能,很早就发生隐蔽而持续性减弱。老年人肋骨关节硬化,韧带僵硬,胸部肌肉萎缩,加之肺部弹性减低,使胸廓和肺脏不能充分扩张,影响通气功能。作为通气功能的指标、肺活量在30~80岁之间减少50%。氧与二氧化碳的气体交换是在肺泡内进行,因此肺泡面积与结构性变化会影响换气功能。20岁的青年人具有80平方米的肺泡面积,70岁时则降至65~70平方米。呼吸功能减退使肺动脉血氧分压在20~80岁之间下降10%~15%,结果影响组织供氧水平。支气管黏膜上的纤毛活动对于清除支气管内的分泌物与微粒很重要。老人气道大量丧失纤毛,残余纤毛的功能也减弱,因此易招至肺脏感染与尘埃

造成的损伤。

(四) 循环系统

心脏与血管的功能依靠心肌的收缩与舒张。心脏老化, 则结缔组织增多, 造成心室壁增厚, 心脏重量增加。由于心肌纤维内脂褐质沉着, 能产生能量的线粒体与酶发生变化, 心脏的收缩力减弱。成年以后心搏出量随年龄以每年 1% 的速度呈直线下降。65 岁的老年人与 25 岁的青年人相比, 其心搏出量约减少 40%。心脏的潜在力(预备力) 70 岁时只相当 40 岁的 50%。

老人静止时的心率与年轻人相差不大, 但运动后所能达到的最高心率则不如年轻人。计算年龄与最高心率的关系有以下公式: 最高心率(次/分钟) = $220 - \text{年龄}$ 。例如, 60 岁时, 最高心率 = $220 - 60 = 160$ 次/分钟。当无人指导作运动时, 不宜使心率达到此极限的 75%, 以免发生意外。例如, 60 岁老年人作运动, 最高心率应限制在: $160 \times 75\% = 120$ 次/分钟。

老人血管壁的弹性下降, 易造成收缩期血压升高; 升主动脉扩张也是弹性减低的后果。静脉壁的退化易引起静脉曲张。毛细血管也有明显变化, 主要表现为单位面积内有功能的毛细管数量减少, 血流减慢, 管壁弹性降低, 脆性增加。这些异常造成对组织供血及供氧功能的减低, 是各个器官的功能以及整个机体功能下降的主要因素之一。另外一个后果是易发生毛细血管性出血。

动脉粥样硬化被认为是疾病而不是生理性老化。

然而自儿童期开始已可发现动脉粥样硬化的早期病理变化,即脂肪条纹。由此可见严格区分生理性老化与病理性老化不无困难。老人的动脉内膜均有一定程度的动脉粥样硬化,当然严重程度各不相同。严重病变系指动脉管腔闭塞程度达到70%。

(五) 视力

晶体体积随年龄增大使前房变小,易产生前房水循环不畅,形成眼压增高,发生青光眼。由于晶体变硬,看近距离的调节能力减弱。20岁时视力的近点是20cm,70岁时则远伸至100cm。老化使瞳孔缩小及晶体与玻璃体浑浊,因此射在视网膜上的光量大减。60岁时的光量只是20岁时的1/3,所以老年人在阅读时要求照明强度。老年人视网膜神经元的退化导致视力减弱与暗适应功能不全。

(六) 听力

老年人听力下降是普遍现象,因为出现耳道传导声波的功能减弱与听神经退化。10岁时听力最强,能听到频率高达20000Hz(1Hz=1次振动/秒)的声音,60岁时则只能清晰听到频率为5000Hz以内的声音,即明显丧失听高音调的能力。语言的频率在500、1000、2000、3000Hz范围内,因此老年人尚保存接受语言频率的能力。然而老年人听觉敏感性减低的缺陷与频率有关,对高于1000Hz的音调的敏感性大减,可减少40~50分贝,而对低于500Hz频率的敏感性不减。这种缺陷极大影响语言的接受能力,造成老年性重听。