

<<中国痴呆诊疗指南>>

图书基本信息

书名：<<中国痴呆诊疗指南>>

13位ISBN编号：9787117161176

10位ISBN编号：7117161175

出版时间：2012-8

出版时间：田金洲 人民卫生出版社 (2012-08出版)

作者：田金洲 编

页数：363

版权说明：本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问：<http://www.tushu007.com>

<<中国痴呆诊疗指南>>

内容概要

《中国痴呆诊疗指南》（CGD）是由中国痴呆临床实践指南工作组（CWGD）开发的我国第一部阿尔茨海默病及其他痴呆的循证医学诊疗指南。

《中国痴呆诊疗指南》参考了国内外最新的指南和共识，并采用循证医学方法对原始研究文献进行了重新评估和分级，经多次专家共识会议形成推荐意见，以供临床医生在诊断、治疗和照料患者时参考。

指南内容涉及阿尔茨海默病及其他痴呆，如血管性痴呆、路易体痴呆、额颞叶痴呆、帕金森病痴呆等的诊断标准、临床检查、治疗方法及预防照料措施等。

与已发表的同类指南相比，本指南重点对近年来发表的痴呆诊断标准进行介绍，重新评估了痴呆诊断相关的评估量表及检测技术，详细评述了目前治疗痴呆的最新研究成果，特别提供了中文版阿尔茨海默病操作性诊断标准、中医证候分型标准以及中药治疗、针灸及按摩等非药物疗法信息，为痴呆患者提供了更多的可供选择的的治疗方法。

本指南对痴呆预防研究尤其二级预防方案进行了评估，为读者了解痴呆预防的可能性提供了依据。

本指南综合目前可获得的痴呆诊断与治疗的最新研究成果，可为老年病学、神经病学、精神病学、神经影像学、神经心理学、中西医结合医学、中医学（针灸）及循证医学等专业的医生提供实践参考，也可供痴呆患者照料者或家属阅读。

<<中国痴呆诊疗指南>>

书籍目录

一、背景 二、方法 (一) 文献来源及检索方法 (二) 文献评估及分级标准 三、结果 (一) 诊断标准 1. 痴呆的诊断标准 2. 阿尔茨海默病的诊断标准 3. 血管性痴呆的诊断标准 4. 路易体痴呆 / 帕金森病痴呆的诊断标准 5. 额颞叶痴呆的诊断标准 6. 克 - 雅病的诊断标准 7. 轻度认知损害的诊断标准 (二) 评估量表 1. 认知功能的评估 2. 日常生活能力的评估 3. 总体印象的评估 4. 精神行为症状的评估 5. 其他量表 (三) 影像学检查及其他生物标志 1. CT检查 2. MRI检查 3. PET/SPECT检查 4. MRS / fMRI / EEG检查 5. 脑脊液生物标志 (A_β42、T-tau、P-tau等) 6. 基因检测 (四) 其他检查与评估 1. 甲状腺功能降低 2. 维生素B12、叶酸降低而同型半胱氨酸增高 3. 抑郁 (五) 阿尔茨海默病的药物治疗 1. 胆碱酯酶抑制剂 2. 谷氨酸受体拮抗剂 3. 胆碱酯酶抑制剂、美金刚联合治疗 4. 尼麦角林 (六) 血管性痴呆的药物治疗 1. 胆碱酯酶抑制剂 2. 美金刚 3. 尼莫地平 4. 尼麦角林 (七) 路易体痴呆 / 帕金森病痴呆的药物治疗 (八) 其他类型痴呆的药物治疗 (九) 其他可能有益的药物 1. 维生素B12 / 叶酸 2. 抗氧化剂 3. 他汀类药物 4. 脑活素 5. 吡拉西坦、茴拉西坦、奥拉西坦 6. 二氢麦角碱 7. 雌激素 8. 非甾体抗炎药 9. 阿米三嗪 / 萝巴新 10. 神经节苷脂 11. 胞磷胆碱 (十) 痴呆的精神行为症状的药物治疗 1. 胆碱酯酶抑制剂 2. 美金刚 3. 抗精神病药 4. 抗抑郁药 5. 心境稳定剂 (十一) 中医辨证和治疗 1. 简要回顾 2. 证候分型 3. 辨证治疗 4. 中药制剂 (十二) 针刺及其他非药物疗法 1. 认知疗法 2. 环境疗法 3. 音乐疗法 4. 光照疗法 5. 芳香疗法 6. 针刺疗法 7. 经皮电神经刺激 8. 推拿疗法 (十三) 痴呆的预防 1. 一级预防 2. 二级预防 (十四) 痴呆患者的照料 1. 对待诊断 2. 对待患者 3. 对待照料者 4. 日常生活的照料 5. 精神行为症状的照料 证据汇总表 参考文献 附件1 老年人认知下降知情者问卷 (IQCODE) 附件2 DSM - 痴呆诊断标准 (APA, 1994) 附件3 DSM - TR 痴呆诊断标准 (APA, 2000) 附件4 NIA - AA所有病因痴呆的诊断标准: 核心临床标准 (McKhann等, 2011) 附件5 NINCDS - ADRDA阿尔茨海默病临床诊断标准 (McKhann等, 1984) 附件6 NINCDS - ADRDA-RC阿尔茨海默病诊断的研究标准 (Dubois等, 2007) 附件7 NIA - AA阿尔茨海默病痴呆的诊断标准 (McKhann等, 2011) 附件8 NINDS-AIREN血管性痴呆诊断标准 (Roman等, 1993) 附件9 路易体痴呆临床诊断标准 (McKeith等, 2005) 附件10 帕金森病痴呆的诊断标准 (EmreM等, 2007) 附件11 额颞叶痴呆诊断标准 (Neary等, 1998) 附件12 散发型OJD (sCJD) 诊断标准 (WHO, 1998) 附件13 变异型CJD (vCJD) 诊断标准 (WHO, 2001) 附件14 散发型CJD临床诊断标准 (Zerr等, 2009) 附件15 NIA-AA阿尔茨海默病所致MCI的核心临床诊断标准 (McKhann等, 2011) 附件16 痴呆证候分型量表 (田金洲等, 2011)

<<中国痴呆诊疗指南>>

章节摘录

版权页：插图：尽管这项技术暂不能常规使用，但是 ^{11}C -匹兹堡化合物B-正电子发射断层摄影术（PIB-PET）可以在MRI没有发现神经变性脑萎缩时就显示AD患者脑内A β 的沉积，且额叶皮质A β 沉积最为显著（ $P=0.0001$ ），与顶叶皮质葡萄糖代谢减低最相关（ $r=-0.72$ ； $P=0.0001$ ），且作为AD早期特征性表现的情节记忆损害与海马A β 沉积有关。

因此，该项检查可能有助于MCI或AD的早期诊断。

FDG-PET和PIB-PET两种技术都显示了对AD诊断的高度准确性。

FDG-PET显示的海马、后扣带回、下顶叶葡萄糖代谢率与PIB-PET显示的A β 沉积增多呈负相关关系，葡萄糖代谢率高则A β 沉积少，反之葡萄糖代谢率下降则A β 沉积增多，两种技术诊断AD病例之间的符合率高达94%。

但在MCI与正常老年人的分类中，FDG优于PIB，两种技术诊断病例之间的符合率只有54%。

两种技术结合能改善MCI的诊断准确性。

此外，FDG-PET和PIB-PET两种技术对预测MCI进展为AD都具有潜在价值，FDG-PET集合估计有0.79的敏感性、0.74的特异性、18.1的阳性似然比（LR+）以及0.32的阴性似然比（LR-）。

PIB-PET集合估计的敏感性为0.94、特异性为0.562、阳性似然比为2.01以及阴性似然比为0.17。

推荐：1.经临床评估和结构影像学检查仍不能确定诊断时，可选择PET和SPECT等功能影像学检查以明确病因，但不建议作为常规检查手段（C类证据，B级推荐）。

<<中国痴呆诊疗指南>>

编辑推荐

《中国痴呆诊疗指南》对痴呆预防研究尤其二级预防方案进行了评估，为读者了解痴呆预防的可能性提供了依据。

本指南综合目前可获得的痴呆诊断与治疗的最新研究成果，可为老年病学、神经病学、精神病学、神经影像学、神经心理学、中西医结合医学、中医学（针灸）及循证医学等专业的医生提供实践参考，也可供痴呆患者照料者或家属阅读。

<<中国痴呆诊疗指南>>

版权说明

本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问:<http://www.tushu007.com>