

学会识别老年痴呆的早期信号

◎内江市资中县银山镇卫生院 王孝英

老年痴呆（AD）这一“记忆橡皮擦”，正悄然成为威胁老年人健康的隐形杀手。其早期信号往往隐匿难察，但早发现、早干预是延缓病程的“黄金法则”。

早期信号：记忆迷宫的“蛛丝马迹”

1.记忆障碍：从“健忘”到“失忆”的滑坡。短期记忆首当其冲：刚放下的钥匙、约好的约会甚至刚吃的早餐，转眼成空。情景记忆断层：重复提问、反复讲述同一故事，仿佛陷入时间循环。进展至长时记忆：童年往事、亲友面容逐渐模糊，最终连“我是谁”都成谜。

2.语言能力退化：从“妙语连珠”到“词不达意”。找词困难：想不起“牙刷”叫啥，只能用“那个……刷牙的”代替。命名性失语：看到苹果脱口而出“红色的、圆的、可以吃的那个”。语法退化：句子结构支离破碎，如“昨天去超市买，苹果”。

3.执行功能障碍：从“多线程大师”到“单线程小白”。计划能力崩塌：做菜时忘记放盐，或重复加盐。决策力瘫痪：面对简单选择（如穿衣）犹豫不决，甚至误判天气穿反季节衣物。抽象思维障碍：看不懂钟表、算不清账单，甚至将“1+1=2”写成“1+1=窗”。

4.空间与时间定向障碍：从“地理达人”到“迷途羔羊”。迷路成常态：家门口的超市也能走丢，甚至在熟悉小区中打转。时间感错乱：分不清今夕何夕，误把周末当工作日。

5.人格与行为改变：从“温文

尔雅”到“性情大变”。社交退缩：从广场舞C位到独坐角落，对亲友冷漠疏离。情绪失控：易怒、焦虑、抑郁，甚至出现幻觉妄想（如坚信保姆偷钱）。强迫行为：反复整理物品、囤积废品，甚至偷窃无价值物品。

早期诊断：科技与人文的“双螺旋”

1.神经心理学评估：认知能力的“CT扫描”。MMSE（简易精神状态检查）：30道题量化认知功能，低于24分需警惕。MoCA（蒙特利尔认知评估）：对轻度AD更敏感，涵盖视空间、执行功能等维度。

2.生物标志物检测：AD的“指纹识别”。脑脊液（CSF）检测：A β 42、p-tau181、t-tau三联指标，准确率超80%。血液标志物：血浆p-tau217、A β 42/40比值，无创检测未来可期。神经影像：MRI显示海马体萎缩，PET扫描捕捉A β 斑块沉积。

3.基因检测：AD风险的“遗传密码”。APOE ϵ 4等位基因：携带者AD风险增3~8倍，但非绝对诊断依据。全基因组关联研究（GWAS）：揭示数百个AD相关基因位点，助力精准预防。

早期干预：AD病程的“减速带”

1.药物治疗：神经递质的

“救火队员”。胆碱酯酶抑制剂（ChEIs）：多奈哌齐、加兰他敏，延缓乙酰胆碱降解。NMDA受体拮抗剂：美金刚，调节谷氨酸毒性，改善中重度AD症状。单克隆抗体：Aducanumab（阿杜那单抗）、Lecanemab（仑卡奈单抗），靶向清除A β 斑块。

2.非药物治疗：认知功能的“健身房”。认知训练：记忆训练、策略游戏（如数独）、虚拟现实导航，激活神经可塑性。运动干预：有氧运动（如快走）结合力量训练，提升脑源性神经营养因子（BDNF）。营养干预：地中海饮食（富含Omega-3脂肪酸、抗氧化剂）、MIND饮食（地中海-DASH混合模式）。

3.社会心理支持：照护者的“减压阀”。家庭支持小组：照护者互助分享，缓解心理压力。社区日间照料：提供专业护理，延缓机构照护需求。临终关怀：尊重患者尊严，优化生命末期生活质量。

预防AD：从“被动应对”到“主动出击”

1.血管健康管理：AD的“上游干预”。控制三高（高血压、高血脂、高血糖）：降低微血管病变风险。戒烟限酒：烟草中的神经毒素会加速认知衰退。

2.脑健康促进：神经元的“保养秘籍”。终身学习：阅读、写作、学习新语言，构建认知储备（CR）。社交活跃：参与志愿活动、俱乐部，减少孤独感。

3.环境优化：AD风险的“减震器”。减少重金属暴露：避免铝制炊具、铅污染水源。优化睡眠：慢波睡眠（SWS）清除脑内代谢废物。

AD早期信号如暗夜中的微光，唯有敏锐捕捉、科学应对，方能延缓病程、守护记忆。◎