

DOI:10.16781/j.0258-879x.2016.05.0654

主观记忆减退者患轻度认知障碍的相关影响因素

于方, 吴晓青*, 侯志峰, 惠龙华, 马海鸥
济南军区青岛第一疗养院, 青岛 266071

[摘要] **目的** 分析主观记忆减退者患轻度认知障碍的相关影响因素。**方法** 以疗养院60岁以上、有主观记忆减退主诉的疗养员为研究对象,采用蒙特利尔量表、简易智力状态检查量表、日常生活力量表等进行轻度认知障碍的筛查,分为轻度认知障碍组 and 对照组(无认知障碍),分别对两组的性别、年龄、受教育年限、慢性病史、体育锻炼、吸烟、饮酒、社交活动等进行问卷调查并比较其差异,分析该人群轻度认知障碍发病状况及相关影响因素。**结果** 主观记忆减退人群轻度认知障碍的患病率为71.15%(37/52)。轻度认知障碍组中,年龄 ≥ 70 岁、受教育年限 ≤ 12 年、有慢性病史、较少参加体育锻炼及社交活动者所占比例高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);两组的性别、是否独居、吸烟、饮酒等因素比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。**结论** 老年人主观记忆减退与轻度认知障碍关系密切,在主观记忆减退人群中,年龄、受教育年限、慢性病史、参加体育锻炼及社交活动的频次等是患轻度认知障碍的主要影响因素。

[关键词] 老年人; 主观记忆下降; 轻度认知障碍; 蒙特利尔量表

[中图分类号] R 749.16 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0258-879X(2016)05-0654-04

Influencing factors of mild cognitive impairment in people with subjective memory complaints

YU Fang, WU Xiao-qing*, HOU Zhi-feng, HUI Long-hua, MA Hai-ou
The First Sanatorium of Qingdao, PLA Jinan Military Area Command, Qingdao 266071, Shandong, China

[Abstract] **Objective** To analyze the influencing factors of mild cognitive impairment (MCI) in the people with subjective memory complaints. **Methods** Convalescents aged over 60 years old with subjective memory complaints were enrolled in this study. Montreal cognitive assessment scale (MoCA), mini-mental state examination (MMSE) and activity of daily living scale (ADL) were used to screen the participants with MCI, who were allocated into the MCI group. Those without MCI were taken as controls. The sex, age, education backgrounds, chronic disease, physical activity, smoking, drinking and social activity were compared between two groups; and the prevalence rate of MCI and its influencing factors were analyzed. **Results** The prevalence rate of MCI was 71.15% (37/52) in the MCI group. The proportions of participants aged ≥ 70 years old, education period ≤ 12 years, with chronic disease, less physical activity and social activity were significantly higher in MCI group than those in the control group ($P < 0.05$). There were no significant differences in sex, living alone, smoking or drinking between two groups ($P > 0.05$). **Conclusion** Subjective memory complaint is closely related to MCI in the elderly. In those with subjective memory complaint, age, education background, presence of chronic disease, physical activity and social activity are the main influencing factors of MCI.

[Key words] aged; subjective memory complaint; mild cognitive impairment; Montreal cognitive assessment

[Acad J Sec Mil Med Univ, 2016, 37(5): 654-657]

轻度认知障碍(mild cognitive impairment, MCI)是介于正常老化与痴呆之间的一种临床状态。2011年4月美国NIA-AA发布的新版MCI诊断指南中的核心临床标准(适用于难以进行先进的影像学检查及脑脊液检测的临床医师)是:(1)对认知改

变的担忧;(2)一个或多个认知域的损害;(3)保持日常生活能力的独立性;(4)没有痴呆^[1]。患者对认知改变的担忧主要表现为有记忆减退的主诉,故目前临床上MCI诊断仍多沿用1999年Petersen等^[2]提出的诊断标准。由于痴呆诊断容易但目前尚无有效

[收稿日期] 2015-09-17 **[接受日期]** 2015-12-20

[基金项目] 济南军区立项课题(CJN09J085)。Supported by the Project of PLA Jinan Military Area Command (CJN09J085)。

[作者简介] 于方, 硕士, 副主任医师。E-mail: yuxinmiao2006@126.com

* 通信作者 (Corresponding author)。Tel: 0532-51885508, E-mail: wuxiaoqing1969@163.com

的治疗方法,因此,MCI的早期发现和干预被认为是有效预防或延缓痴呆的手段。主观记忆下降是诊断MCI的标准之一,本研究以60岁以上、有主观记忆下降主诉者为研究对象,探讨该人群MCI的患病情况及相关影响因素。

1 对象和方法

1.1 研究对象 选取2014年1—12月到我院疗养的老年疗养员作为研究对象。纳入标准:(1)年龄 ≥ 60 岁;(2)视力及听力无明显障碍,能够与医务人员进行有效的交流和沟通;(3)明确了解本研究的意义,自愿参加本次调查研究并签署书面知情同意书;(4)自诉或陪同知情者诉记忆力减退。排除标准:(1)有明确可能引起中枢神经损伤的疾病及病史,包括脑外伤、肿瘤、帕金森病、酗酒等;(2)受文化程度、听力或者智力等影响而无法与医务人员进行有效的交流和沟通;(3)长期使用糖皮质激素及其他影响认知功能药物者;(4)简易智力状态检查量表(MMSE)评分符合痴呆诊断者;(5)症状自评量表(SCL-90)提示有明显心理异常者。

1.2 研究工具 (1)蒙特利尔量表(MoCA):总分30分, ≥ 26 分为认知正常,若受教育年限 ≤ 12 年则分界值为25分。(2)日常生活能力量表(ADL):总分范围14~56分,分数越高,代表生活能力越差,本研究以总分 ≥ 16 分表示有不同程度的功能障碍。(3)MMSE:目前应用最广泛的认知功能测评量表,被推荐用于痴呆的筛查,在MCI筛查方案中应用该量表,目的是排除痴呆。痴呆的划界分与调查对象的教育程度有关,在国内,临床上以文盲组 ≤ 17 分、小学组 ≤ 20 分、中学或以上组 ≤ 24 分这一标准更为常用。因本研究人群受教育程度均为中学以上,故本研究以 > 24 分排除痴呆诊断。(4)SCL-90:本研究以总分 > 160 分、抑郁得分 > 39 分、焦虑得分 > 30 分、精神病性得分 > 30 分排除较严重心理问题者。

1.3 调查方法 一般情况调查表:由研究者自行设计,包括性别、年龄、受教育年限、居住情况、烟酒嗜好、既往病史、体育锻炼、社交情况等。疗养员在知情同意的原则下自愿参与研究。筛查由经过统一培训的疗养科医生完成,采用一般情况调查表、

MoCA、ADL、MMSE进行MCI筛查,对于筛查出符合MCI诊断的患者,再进一步由心理科医生最后确诊。

1.4 MCI诊断标准和分组 MCI诊断标准为同时满足以下4点:(1)由家属或患者主诉出现记忆力减退的状况;(2)心理测试有1个或多个认知域的损害:MoCA测试结果 < 26 分;(3)日常生活能力正常:ADL总分 < 16 分;(4)未达到痴呆诊断:MMSE评分 > 24 分。将符合纳入、排除标准的疗养员根据MCI诊断标准分为MCI组和对照组。比较两组性别、年龄、受教育年限、居住情况、烟酒嗜好、慢性病史、体育锻炼、社交情况等差异。

1.5 统计学处理 采用Graphpad Prism 5软件进行统计分析和处理,计数资料比较采用Fisher精确检验,检验水准(α)为0.05。

2 结果

2.1 一般资料 最终纳入本研究符合入选标准和排除标准的主观记忆减退者共52例,年龄60~87岁,平均年龄(74.08 \pm 8.01)岁;男26例(50.00%),女26例(50.00%);大专及以上学历33例(63.46%),受教育年限 ≤ 12 年者19例(36.54%);独居7例(13.46%),非独居45例(86.54%);患有心脑血管疾病、糖尿病等慢性疾病36例(69.23%),无慢性病史16例(30.77%);吸烟7例(13.46%),不吸烟45例(86.54%);饮酒11例(21.15%),不饮酒41例(78.85%)。

2.2 主观记忆减退者患MCI的影响因素 52例主观记忆减退老年人中有37例(71.15%)符合MCI诊断。从一般情况来看,MCI组中年龄 ≥ 70 岁、受教育年限 ≤ 12 年者所占比例高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.01$ 或 $P < 0.05$);两组的性别比例差异无统计学意义($P > 0.05$)。从生活状况来看,MCI组和对照组比较,独居者与非独居者人数所占比例差异无统计学意义($P > 0.05$)。从生活方式来看,MCI组和对照组在吸烟、饮酒方面差异无统计学意义($P > 0.05$),但MCI组较少参加体育锻炼及社交活动者所占比例较高,与对照组相比差异有统计学意义($P < 0.05$)。从慢性病史来看,MCI组有

慢性病史者所占比例较高,与对照组相比差异有统计学意义($P < 0.05$)。详见表1。

表1 轻度认知障碍(MCI)组与对照组一般资料的比较

项目	n(%)		P
	MCI组 N=37	对照组 N=15	
年龄(岁)			<0.01
60~69	7(18.92)	11(73.33)	
≥70	30(81.08)	4(26.67)	
性别			>0.05
男	17(45.95)	9(60.00)	
女	20(54.05)	6(40.00)	
受教育年限			<0.05
>12年	20(54.05)	13(86.67)	
≤12年	17(45.95)	2(13.33)	
是否独居			>0.05
是	4(10.81)	3(20.00)	
否	33(89.19)	12(80.00)	
吸烟			>0.05
是	4(10.81)	3(20.00)	
否	33(89.19)	12(80.00)	
饮酒			>0.05
是	7(18.92)	4(26.67)	
否	30(81.08)	11(73.33)	
体育锻炼			<0.05
经常(≥3次/周)	10(27.03)	10(66.67)	
较少(≤2次/周)	27(72.97)	5(33.33)	
社交活动			<0.05
经常(≥2次/周)	10(27.03)	9(60.00)	
较少(≤1次/周)	27(72.97)	6(40.00)	
慢性病史			<0.05
有	29(78.38)	7(46.67)	
无	8(21.62)	8(53.33)	

3 讨论

本研究发现,在主观记忆减退老年人中,有71.15%的人最终被诊断为MCI,远高于佟久芬等^[3]针对唐山市社区老年人调查的12.7%及国外65岁以上老年人群17.7%^[4]的患病率,表明有主观记忆减退主诉的老年人群有更高的MCI患病率,应引起临床医师及家属的高度重视。

本研究显示,在主观记忆减退的老年人中,年龄、受教育年限、慢性病史、是否经常参加体育锻炼及社交活动与发生MCI关系密切。多项研究均显示,MCI发病率与年龄密切相关^[5-6],本研究将研究对象分为60~69组和≥70组,结果≥70组的主观记忆减退老年人MCI发病率高于60~69组且差异有统计学意义,提示对于有主观记忆减退的70岁以

上老年人尤应引起注意。调查中发现,在主观记忆减退的老年人中,受教育年限高的人群比例明显高于受教育程度较低者,可能说明受教育程度较高的人群对自身的认知比较关注或更容易注意到自己的认知改变。Amariglio等^[7]研究发现,主诉认知问题与脑内阿尔茨海默病的病理样改变的相关性在高教育水平和高职业成就者中更为明显,说明该人群可能在阿尔茨海默病极早期就能准确判断自己的认知下降。本研究中,MCI组受教育年限≤12年者所占比例高于对照组,表明主观记忆减退人群与一般人群相似,受教育年限较低者MCI发病率较高。

体育锻炼不仅锻炼体能,同时也可以愉悦情绪,兴奋大脑,起到益智的作用。研究发现,任何频率的中等强度的体育锻炼都会降低MCI的发生率^[8],本研究以锻炼频率为评价指标,分为经常锻炼(≥3次/周)及较少锻炼(≤2次/周),而锻炼的强度从轻度到中度不等,发现在主观记忆减退老年人中,经常锻炼能够降低MCI的发生,表明锻炼频率可能也会影响MCI的发生。

积极活跃的社交活动是老年人较高生活质量的重要组成部分。积极参与社交活动的老年人认知损害发生得更慢^[9]。Hughes等^[10]的研究也发现,经常参加社交活动可以减缓MCI患者认知水平由轻度至重度的下降。本研究以参加社交活动的频率为评价指标,发现经常参加社交活动的老年人MCI发生率更低,表明在主观记忆减退人群中,只要经常参加社交活动,仍然可以减少MCI的发生。Landau等^[11]认为参加能刺激认知的活动,包括社交活动,能直接影响β淀粉样蛋白的沉积,而β淀粉样蛋白是阿尔茨海默病的特征性病理改变之一,这可能是参加社交活动能够降低MCI发病率的机制之一。

很多慢性疾病与MCI的发生均有明显相关性,研究发现2型糖尿病、血管性疾病患者MCI的发生率较普通人群明显增高^[12-13]。本研究结果也显示,在主观记忆减退人群中,心脑血管疾病等慢性疾病是主观记忆减退人群患MCI的重要影响因素,但因未对各类慢性疾病分别统计,故尚不能说明是某种疾病或多种疾病共同作用的结果。

关于性别对MCI发病的影响,不同的研究结果不尽相同。国外研究中,Petersen等^[6]认为男性发病率更高,Das等^[14]的研究结果却是女性更高,而

也有人认为无明确性别差异^[15]。国内有人群普查显示,女性 MCI 发病率较男性高^[3]。本研究结果显示, MCI 组和对照组在性别方面差异无统计学意义,可能说明在主观记忆减退人群中,性别对于 MCI 发病率没有明显影响。研究显示独居、吸烟是 MCI 的致病因素,而适度饮酒却具有保护作用^[16],但本研究未发现以上因素对于主观记忆减退人群患 MCI 有明显影响,这可能与本研究人群中独居、吸烟、饮酒人数均较少有关,亦可能表明当老年人出现主观记忆减退后,以上因素对于 MCI 将不再具有明确影响。

综上所述,本研究发现老年人主观记忆减退与轻度认知障碍关系密切,在主观记忆减退人群中,年龄、受教育年限、慢性病史、是否参加体育锻炼及社交活动等是患轻度认知障碍的主要影响因素。目前的主观记忆减退多由患者或知情者回答“与以前相比,患者的记忆在过去1年中是否出现减退”,肯定答复者即被认为符合主观记忆减退。虽然本研究显示在主观记忆减退老年人中有较高比例被诊断为 MCI,但仍有约 30% 的人群不符合 MCI 诊断,除以上影响因素外,还可能说明仅凭患者主诉或家属证实记忆减退尚不可靠,应规范主观记忆减退的定义。同时,本研究样本量较小,相关结论仍有待后续大样本研究进行证实。

[参考文献]

[1] 田金洲,时晶,张学凯,倪敬年,张柏礼,王永炎. 2011 年美国阿尔茨海默病最新诊断标准解读[J]. 中国医学前沿杂志:电子版,2011,3:91-100.

[2] Petersen R C, Smith G E, Waring S C, Ivnik R J, Tangalos E G, Kokmen E. Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome[J]. Arch Neurol, 1999, 56: 303-308.

[3] 佟久芬,郭淑英,陶秀娟,郭靖娴,田悦,夏冰杰,等. 唐山市社区老年轻度认知障碍者的调查分析[J]. 中国健康心理学杂志,2013,21:1642-1644.

[4] Ganguli M, Chang C C, Snitz B E, Saxton J A, Vanderbilt J, Lee C W. Prevalence of mild cognitive impairment by multiple classifications: the Monongahela-Youghiogheny Healthy Aging Team (MYHAT) project [J]. Am J Geriatr Psychiatry, 2010, 18: 674-683.

[5] Sachdev P S, Lipnicki D M, Crawford J, Reppermund S, Kochan N A, Trollor J N, et al. Risk profiles for mild cognitive impairment vary by age and sex: the

Sydney Memory and Ageing study[J]. Am J Geriatr Psychiatry, 2012, 20: 854-865.

[6] Petersen R C, Roberts R O, Knopman D S, Geda Y E, Cha R H, Pankratz V S, et al. Prevalence of mild cognitive impairment is higher in men. The Mayo Clinic Study of Aging[J]. Neurology, 2010, 75: 889-897.

[7] Amariglio R E, Becker J A, Carmasin J, Wadsworth L P, Lorusso N, Sullivan C, et al. Subjective cognitive complaints and amyloid burden in cognitively normal older individuals [J]. Neuropsychologia, 2012, 50: 1880-1886.

[8] Geda Y E, Roberts R O, Knopman D S, Christianson T J, Pankratz V S, Ivnik R J, et al. Physical exercise, aging, and mild cognitive impairment: a population-based study[J]. Arch Neurol, 2010, 67: 80-86.

[9] James B D, Wilson R S, Barnes L L, Bennett D A. Late-life social activity and cognitive decline in old age [J]. J Int Neuropsychol Soc, 2011, 17: 998-1005.

[10] Hughes T F, Flatt J D, Fu B, Chang C C, Ganguli M. Engagement in social activities and progression from mild to severe cognitive impairment: the MYHAT study[J]. Int Psychogeriatr, 2013, 25: 587-595.

[11] Landau S M, Marks S M, Mormino E C, Rabinovici G D, Oh H, O'Neil J P, et al. Association of lifetime cognitive engagement and low β -amyloid deposition[J]. Arch Neurol, 2012, 69: 623-629.

[12] 陶艳,于卫华,魏晓飞,殷荣,秦慷. 2 型糖尿病住院病人认知障碍发病现况调查[J]. 护理研究,2013, 27:3116-3118.

[13] Luck T, Riedel-Heller S G, Lupp A, Wiese B, Wollny A, Wagner M, et al. Risk factors for incident mild cognitive impairment—results from the German Study on Ageing, Cognition and Dementia in Primary Care Patients (AgeCoDe) [J]. Acta Psychiatr Scand, 2010, 121: 260-272.

[14] Das S K, Bose P, Biswas A, Dutt A, Banerjee T K, Hazra A M, et al. An epidemiologic study of mild cognitive impairment in Kolkata, India[J]. Neurology, 2007, 68: 2019-2026.

[15] Manly J J, Bell-McGinty S, Tang M X, Schupf N, Stern Y, Mayeux R. Implementing diagnostic criteria and estimating frequency of mild cognitive impairment in an urban community[J]. Arch Neurol, 2005, 62: 1739-1746.

[16] Etgen T, Sander D, Bickel H, Frstl H. Mild cognitive impairment and dementia: the importance of modifiable risk factors [J]. Dtsch Arztebl Int, 2011, 108: 743-750.