

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2015.03.015

证候·诊断

660 例老年性痴呆患者中医证候学研究

张玉莲^{*}, 张连城¹, 李强², 崔远武¹, 顾耘³, 汪振宇⁴, 李柱⁵, 吴迪⁶, 崔俊波⁷

(1. 天津中医药大学第二附属医院, 天津市河北区真理道 816 号, 300150; 2. 天津中医药大学; 3. 上海中医药大学附属龙华医院; 4. 辽宁省营口市中医院; 5. 河南省开封市中医院; 6. 天津市环湖医院; 7. 天津市武清中医院)

摘要 目的 探究老年性痴呆的中医证候学特征。方法 利用多中心横断面流行病学调查方法收集 660 例老年性痴呆患者。建立老年性痴呆中医证候信息采集表, 对患者的一般资料、病因病机、脉症资料、证型等进行信息收集。对四诊信息出现的所有症状、舌象、脉象、证型进行频数统计, 对老年性痴呆出现的主要症状进行因子分析, 总结分析老年性痴呆的主要症状及证候分布特点。结果 老年性痴呆最常见的 10 个症状是善忘、失算、齿脱、发白、腰膝酸软、反应迟钝、步履迟缓、乏力、转盼遗忘、神情呆滞。老年性痴呆的主要证候要素为精亏、阳虚、阴虚, 次要证候要素为瘀、痰, 病位主要在肾, 亦与心、肝、脾相关。证型以肾虚为主 (占 86.36%), 其次为气滞血瘀证 (5.15%)、痰浊阻窍证 (3.94%)。结论 老年痴呆发病与肾关系密切, 肾虚为老年性痴呆发病的基础, 瘀、痰为其发展和加重的关键因素。

关键词 老年性痴呆; 流行病学调查; 证候要素; 肾虚

老年性痴呆是一种病因未明的以进行性认知功能障碍为主要临床表现的中枢神经系统退行性疾病。中国是老年性痴呆高发地区, 约占全球总发病人数的 1/4^[1]。明确老年性痴呆的中医证候特征不仅为中医药防治痴呆提供有力依据, 亦为针对性进行中医药干预, 提高临床疗效提供支撑。本课题组采用临床流行病学横断面调查方法, 全面采集 660 例老年性痴呆患者人口学资料、中医四诊信息、证候要素、证型, 探讨其证候学特征, 现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 研究对象

收集 2011 年 1 月至 2013 年 6 月在天津市、上海市、辽宁省营口市、河南省开封市 4 个地区 7 家三级甲等医院 660 例老年性痴呆患者。

1.2 诊断标准

老年性痴呆诊断标准按照美国精神病学学会《精神障碍诊断和统计工作手册》(DSM-IV)^[2] 中的诊断标准。

1.3 纳入标准

符合老年性痴呆诊断标准者; 年龄 60~85 岁; 缺血指数量表 (Hachinski) ≤ 4 分^[3]; 汉密尔顿抑郁量表 (HAMD) ≤ 7 分^[4]; 被调查者和/或其监护人签署知情同意书。

1.4 排除标准

患有血管性痴呆或其他原因所致的痴呆者; 具有干扰认知测验的疾患如失语、严重的听觉与视觉缺陷, 言语交流困难等; 有精神疾患史者。

1.5 研究方法

设计前瞻性研究方案, 通过文献回顾、专家咨询、预调查并对调查问卷进行信度和效度检验^[5], 建立老年性痴呆中医证候信息采集表, 包括病因病机资料 9 项、中医症状信息 191 项、舌脉 69 项、证候要素 11 项、证候类型 9 项。本次研究采取直接观察法, 对患者的一般资料、病因病机、脉症资料、证型等进行信息收集。为保证信息采集的准确性, 制定了研究者工作手册, 对调查者进行规范化培训。为保证信息采集不为外界因素干扰, 选在安静环境且患者精神状态良好的情况下进行信息采集。研究 660 例老年性痴呆患者人口学资料、中医症状、证候分布规律的流行病学特征, 中医证候诊

基金项目: 国家重点基础研究发展计划 (“973 计划”) (2010CB530405)

* 通讯作者: zhyl220@126.com, 13821151196

断标准参照《中医临床诊疗术语·证候部分》^[8]。

1) 对四诊信息出现的所有症状、舌象、脉象、证型进行频数统计, 结合课题组内部讨论及专家临床经验, 对中医四诊信息进行删减, 以便进行多元统计分析; 2) 对老年性痴呆出现的主要症状(出现频率 $\geq 10\%$ 的症状)进行因子分析, 总结分析老年性痴呆的主要症状及证候分布特点。

1.6 统计学方法

应用 Epidata 3.1 软件建立数据库并进行数据录入, 录入方法采用双盲双录。录入结束后进行数据一致性检测, 发现错误立即更正, 数据核对无误后将其转化为 SPSS 格式, 应用统计软件为 SPSS 16.0。

2 结果

2.1 一般资料

660 例老年性痴呆患者年龄 60 ~ 85 岁, 平均年龄 (73.39 $\pm$ 6.92) 岁, 年龄分布: 60 ~ 69 岁 189 例, 占 28.64%; 70 ~ 79 岁 332 例, 占 50.3%; 80 ~ 85 岁 139 例, 占 21.06%。男 281 例, 占 42.6%, 平均年龄 (72.95 $\pm$ 6.76) 岁; 女 379 例, 占 57.4%, 平均年龄 (73.72 $\pm$ 7.03) 岁, 女性患者明显多于男性患者。教育程度: 文盲及小学 304 例, 占 46.06%; 中学 259 例, 占 39.24%; 大专 62 例, 占 9.39%; 本科及以上 34 例, 占 5.15%。职业: 退休 518 例, 占 78.5%; 工作者 142 例, 占 21.5%, 主要职业为个体户、医生、教

师、职员。既往病史: 高血压病 294 例, 占 47.5%; 冠心病 133 例, 占 21.5%; 糖尿病 116 例, 占 18.7%; 高脂血症 76 例, 占 12.3%。家族史: 高血压病 70 例, 占 44.9%; 糖尿病 22 例, 占 14.1%; 冠心病 19 例, 占 12.2%; 脑血管病 17 例, 占 10.9%; 有 28 例直系亲属痴呆患者。

2.2 主要症状、舌脉分布情况

对 660 例老年性痴呆患者的症状进行描述性统计(频数统计), 删除百分比 $< 10\%$ 的信息条目, 共获得 104 项症状, 出现频数最多的症状依次为善忘(主要以近事遗忘为主)、失算、齿脱、发白、腰膝酸软、反应迟钝、步履迟缓、乏力、转盼遗忘、神情呆滞、纳呆、神疲、失用、齿摇、唇淡白、口干、耳轮枯槁、倦怠思卧、寡言少语、便干、腰痛、肌肤不荣、畏寒、易怒、表情淡漠、远事遗忘、夜尿多、夜寐不安、失认、头晕、形寒肢冷等。表 1 为频率 $> 20\%$ 的主要症状分布情况。

对 660 例老年性痴呆患者舌脉情况进行描述性统计, 患者的舌脉情况主要以薄白苔、细脉、沉脉、弦脉为主。部分患者存在舌下脉络青紫、舌生瘀点、舌生瘀斑的情况。详见表 2。

2.3 因子分析

本次调查研究量表收集中医四诊信息共 267 项, 这样可以保证信息采集的全面性, 但是纳入信息过多增加了研究的复杂性, 所以对数据进行处理, 将出现频率较低且对证候要素诊断无意义的症

表 1 660 例老年性痴呆患者主要症状分布情况 (频率 $> 20\%$)

症状	频次	频率 (%)	症状	频次	频率 (%)	症状	频次	频率 (%)
善忘	660	100	寡言少语	265	40.2	小便频数	188	28.5
近事遗忘	583	88.3	便干	264	40.0	语声低微	186	28.2
失算	576	87.3	腰痛	253	38.3	小便清长	186	28.2
齿脱	487	73.8	肌肤不荣	242	36.7	咽干	183	27.7
发白	471	71.4	畏寒	242	36.7	顽固迂执	182	27.6
腰膝酸软	439	66.5	易怒	238	36.1	心烦	179	27.1
反应迟钝	392	59.4	表情淡漠	237	35.9	形体消瘦	177	26.8
步履迟缓	381	57.7	远事遗忘	237	35.9	爪甲不荣	175	26.5
乏力	365	55.3	夜尿多	235	35.6	不辨方向	175	26.5
转盼遗忘	345	52.3	夜寐不安	232	35.2	多疑善虑	156	23.6
神情呆滞	344	52.1	失认	231	35.0	目眩	155	23.5
纳呆	334	50.6	头晕	213	32.3	心悸	141	21.4
神疲	325	49.2	形寒肢冷	207	31.4	肢体发凉	141	21.4
失用	324	49.1	言语重复	204	30.9	言辞单调	140	21.2
齿摇	321	48.6	多梦	204	30.9	口气臭秽	139	21.1
唇淡白	287	43.5	面色萎黄	199	30.2	不闻香臭	139	21.1
口干	285	43.2	肌肤干燥	193	29.2	肢体笨拙	138	20.9
耳轮枯槁	269	40.8	两眼无神	190	28.8	耳鸣低调	136	20.6
倦怠思卧	268	40.6	耳聋	188	28.5	视物模糊	134	20.3

表 2 660 例老年性痴呆患者主要舌脉分布情况

舌脉情况	频次	频率 (%)	舌脉情况	频次	频率 (%)
白苔	505	76.6	舌干	99	15.0
薄苔	472	71.6	腻苔	60	9.1
细脉	432	65.6	滑脉	60	9.1
沉脉	364	55.2	弱脉	60	9.1
舌下络脉青紫	174	26.4	舌生瘀点	40	6.1
弦脉	174	26.4	缓脉	36	5.5
数脉	116	17.6	舌生瘀斑	33	5.0

状结合专家临床经验进行选择剔除，最终选定出现频率 $\geq 10\%$ 的症状进行因子分析。对数据资料以最大似然估计法提取因子，得到 KMO 值为 0.695，特征根值 >1 的因子有 18 个，其对总方差的累积贡献度为 65.82%，拒绝单位相关阵的原假设，适于因子分析，未经因子旋转而求得的公因子用专业知识难以解释，用平均正交旋转法经迭代后，根据每个因子所包含症状的因子载荷，结合各原始指标在各公因子中的权重大小，分别提取两组中各公因子最相关的指标，决定症状的主次，将其归纳为某一证候要素（包括病性、病位），结果见表 3。

表 3 660 例老年性痴呆患者中医症状因子分析结果

公因子	四诊信息	病性	病位
F1	发焦(0.976) 腰痛(0.589) 腰膝酸软(0.429)	精亏	肾
F2	畏寒(0.645) 形寒肢冷(0.824) 四肢不温(0.684) 小便清长(0.485) 肢体发凉(0.718)	阳虚	肾
F3	盗汗(0.771) 潮热(0.686) 手足心热(0.664)	阴虚	肾
F4	五心烦热(0.527)		
F5	语声低微(0.598) 昼夜颠倒(0.55) 骨骼萎软(0.377) 四肢无力(0.365)	气虚	脾
F6	咽干(0.8) 口干(0.701) 便干(0.453)	阴虚	肾
F7	小便频数(0.56) 夜尿多(0.509) 夜寐不安(0.446) 耳鸣高调(0.307)	阳虚	肾
F8	神疲(0.843) 乏力(0.744)	阳虚	肾
F9	痰色白(0.983) 痰易咯出(0.528)	痰	脾
F10	面色晦暗(0.452) 视物模糊(0.432) 头昏(0.378)	血虚	肝
F11	腰脊不举(0.581) 骨骼萎软(0.41) 短气(0.331) 多疑善虑(0.332)	精亏	肾
F12	易怒(0.671) 心烦(0.512) 胆怯善惊(0.381)	火	心、肝
F13	细脉(0.724) 弦脉(-0.626) 头晕(0.438) 目眩(0.369)	阴虚	肝
F14	唇暗红(0.972)	瘀	心
F15	舌下络脉青紫(0.559) 舌生瘀点(0.517) 舌生瘀斑(0.423)	瘀	肝
F16	舌干(0.557) 面容憔悴(0.337) 两目干涩(0.334) 关节疼痛(0.333)	阴虚、血虚	肝
F17	唇淡白(0.836) 形体肥胖(0.71) 胆怯善惊(0.405) 倦怠思卧(0.37)	痰	脾
F18	心悸(0.523) 胸闷(0.414) 肢体疼痛(0.304)	痰	心
F19	沉脉(0.826) 但欲寐(0.524) 耳轮枯槁(0.402)	阳虚	肾

注：() 中为相关系数

我们将 18 个公因子中具有相同性质的证候要素进行归纳合并：F1、F10 属于精亏；F2、F6、F7、F18 属于阳虚；F3、F5、F12、F15 属于阴虚；F8、F16、F17 属于痰；F13、F14 属于血瘀。我们可以得知老年性痴呆患者的主要证候要素为精亏、阳虚、阴虚，次要证候要素为瘀、痰、火，病位主要在肾，也与心、肝、脾相关。由证候要素研究我们发现老年性痴呆患者主要以虚为主，五脏之中与肾相关性最密切。

2.4 证候分布情况

2.4.1 老年性痴呆患者主要证候与兼夹证候分布情况

对 660 例老年性痴呆患者主要证型和兼夹证型进行归纳与整理，本次研究发现 570 例主要证型为肾虚患者（肾虚髓减、脾肾阳虚、肝肾阴虚、阴阳两虚），在所有老年性痴呆患者中所占比例为 86.36%，其中肾虚髓减所占比例最高，占 37.42%，其次为脾肾阳虚、肝肾阴虚。气滞血瘀证、痰浊阻滞证、心脾两虚证患者所占比较少，具体见表 4。

表 4 660 例老年性痴呆患者主要证候分布情况

主要证候	例数	构成比 (%)	兼夹证候	例数	构成比 (%)
肾虚髓减	247	37.42	气滞血瘀	149	22.58
脾肾阳虚	180	27.27	痰浊阻窍	88	13.33
肝肾阴虚	122	18.48	心脾两虚	82	12.42
气滞血瘀	34	5.15	肝郁气滞	37	5.61
痰浊阻窍	26	3.94	心肝火旺	26	3.94
阴阳两虚	21	3.18	肾虚髓减	18	2.73
心脾两虚	20	3.03	肝肾阴虚	9	1.36
心肝火旺	6	0.91	脾肾阳虚	2	0.30
肝郁气滞	4	0.61			

2.4.2 老年性痴呆患者证型组合情况 出现单证型至三证型的证候组合方式，以单证组合为最多。单证型以肾虚髓减证最为常见，占 45.19%，其次为肝肾阴虚、脾肾阳虚、痰浊阻滞、气滞血瘀。二证组合主证以肾虚髓减兼夹气滞血瘀、痰浊阻窍为多，占 56.85%，其他主证依次为肝肾阴虚、脾肾阳虚、痰浊阻滞、气滞血瘀、心脾两虚、心肝火旺。二证组合最多的兼证是气滞血瘀、痰浊阻滞、心脾两虚。三证组合兼夹证以肾虚髓减兼血瘀为多，占 65.25%，其次痰浊阻窍、心脾两虚证、肝郁气滞也较为常见。表 5 示，复合证型（二证组合 + 三证组合）所占比例略高于单证型出现的比例，所占比例分别为 52.73% 和 47.27%。

表 5 660 例老年性痴呆患者中医证型组合分布情况

证型组合	例数	构成比 (%)
单证型	312	47.27
二证组合	290	43.94
三证组合	58	8.79

3 讨论

目前对于中医疾病证候学的基本研究方法之一是从证候要素即构成证候的基本单位入手^[7-8]，根据不同证候要素的组合确定证候的诊断，探讨证候的构成分布及演变规律，为中医治疗的辨证论治提供依据。基于此，我们对老年性痴呆的中医证候进行了相关研究，研究结果发现老年性痴呆常见的临床症状是善忘（主要以近事遗忘为主）、失算、齿脱、发白、腰膝酸软、反应迟钝、步履迟缓、乏力、转盼遗忘、神情呆滞、纳呆、神疲、失用、齿摇、唇淡白。因子分析结合中医证型分布结果表明老年性痴呆的主要证候要素为精亏、阳虚、阴虚，次要证候要素为瘀、痰，病位主要在肾，亦与心、肝、脾相关。综合研究结果可以看出，老年性痴呆的证候要素多，病情复杂，临床表现多为本虚标实、虚实夹杂的复杂证候；其发病以肾虚为基础，瘀、痰等病理因素为其发展和加重的关键；究其证型单一证型少，兼夹证型多，部分为三证相兼，提示临床应根据其证候复杂、证型相间的特点论治。

中医学认为“肾藏精，生髓通与脑”。因此，肾中精气健旺、化髓充足，脑才能正常行使记忆的功能。人至老年，随着年龄增加，肾中精气日渐匮乏，则导致精髓空虚，脑失所养，神明失司，临床多表现为善忘、痴呆等。一项可疑痴呆的中医证候学调查发现，肾虚证所占比例高达 77.05%^[9]。本次调查结果显示，在 660 名老年性痴呆患者中，570 例为肾虚型，占老年性痴呆患者总数的 86.36%，其次为气滞血瘀证（5.15%）、痰浊阻窍证（3.94%）。此结果不仅从证候学方面印证了老年性痴呆的发病与肾关系密切，也进一步阐释了

肾虚为本，痰瘀为标，虚实夹杂的老年性痴呆病机特点。针对于此，在临床辨证论治过程中，既要注意益肾，又要化痰（瘀、痰），同时还要注意兼顾夹杂之证，随证加减。

长期的临床实践证明，中医辨证论治的个体化治疗可以改善痴呆患者的认知功能，而辨证施治与靶向治疗相结合，即可改善痴呆患者的临床症状，又可达到标本同治的目的，从而延缓病情发展^[10]。然而，受多种原因限制本次研究的样本量尚不足，在今后的临床与科研工作中尚需进一步加强证候研究工作。

参考文献

- [1] 田金洲. 阿尔茨海默病的诊断与治疗 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 10.
- [2] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders [M]. 4th edition. Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.
- [3] 陈学诗, 金弘敏. 赫金森斯基量表在多发性梗塞性痴呆鉴别 [J]. 中华神经精神科杂志, 1992, 25(6): 334-337.
- [4] 朱昌明, 张明园. 汉密尔顿抑郁量表 (HAMD) [M] // 张明园. 精神科评定量表手册. 长沙: 湖南科学技术出版社, 1993: 122-127.
- [5] 张玉莲, 李强, 张连城, 等. 老年性痴呆中医证候流行病学调查问卷的设计 [J]. 辽宁中医杂志, 2014, 41(7): 1-3.
- [6] 国家技术监督局. 中医临床诊疗术语: 证候部分 [S]. 北京: 中国标准出版社, 1997.
- [7] 朱文锋. 创立以证素为核心的辨证新体系 [J]. 湖南中医学院学报, 2004, 24(6): 38.
- [8] 张志斌, 王永炎. 辨证方法新体系的建立 [J]. 北京中医药大学学报, 2005, 28(1): 1-3.
- [9] 田金洲, 杨承芝, 盛彤, 等. 可疑痴呆人群中阿尔茨海默氏病临床前的认识损害特征及其与中医证候的关系 [J]. 湖北中医学院学报, 1999, 1(4): 49-52.
- [10] 王永炎. 完善中医辨证方法体系的建议 [J]. 中医杂志, 2004, 45(10): 729-731.

Study on Traditional Chinese Medicine Syndrome of 660 Cases of Senile Dementia

ZHANG Yulian¹, ZHANG Liancheng¹, LI Qiang², CUI Yuanwu¹, GU Yun³, WANG Zhenyu⁴, LI Zhu⁵, WU Di⁶, CUI Junbo⁷

(1. Second Affiliated Hospital of Tianjin University of Traditional Chinese Medicine, Tianjin, 300150; 2. Tianjin University of Traditional Chinese Medicine; 3. Longhua Hospital, Shanghai University of Traditional Chinese Medicine; 4. Yingkou TCM Hospital; 5. Kaifeng TCM Hospital; 6. Tianjin Huanhu Hospital; 7. Tianjin Wuqing TCM Hospital)

ABSTRACT Objective To explore the features of the traditional Chinese medicine (TCM) syndromes of senile

dementia. **Methods** Totally 660 senile dementia patients were collected with multi-center cross-sectional epidemiological survey. TCM syndrome information form of senile dementia including general information, etiology and pathogenesis, pulse diagnostic information, syndromes and other related information was completed. Frequency of all symptoms, tongue diagnosis, pulse diagnosis and syndromes was calculated. Factor analysis was done on the main symptoms of senile dementia. Main symptoms and distribution features of TCM syndromes were summerized. **Results** The top 10 symptoms of senile dementia were forgetfulness, miscalculation, avulsed tooth, grey hair, weakness and soreness in the waist and knees, retarded responses, slowness in walking, fatigue, forgetting things in a glance, dullness in expression. The main syndrome elements were essence deficiency, yang deficiency and yin deficiency. The secondary syndrome elements were blood stasis and phlegm. The location of the disease was mainly kidney, while related to heart, liver and spleen. As for the distribution of syndromes, kidney deficiency took up 86.36%, followed by qi stagnation and blood stasis (5.15%) and phlegm obstructing orifices (3.94%). **Conclusion** The onset of senile dementia was closely related to the kidney. Kidney deficiency was the basis of senile dementia, and blood stasis and phlegm were the key factors of its development and aggravation.

Keywords senile dementia; epidemiological investigations; syndrome factors; kidney deficiency

(收稿日期: 2014-04-15; 修回日期: 2014-09-04)

编辑: 邓 媛

头针疗法暨神经系统疾病治疗培训班通知

由世针针灸交流中心、世界中医药学会联合会国际合作部、《世界中医药》杂志社联合主办的国家中医药继续教育培训班 2015 年常年招生。由中国工程院资深院士、中国著名针灸学专家、博士研究生和师带徒导师、国医大师程莘农教授、中国中医科学院针灸医院神经内科主任医师、研究生导师蒋达树教授和中国中医科学院针灸医院神经内科主任、主任医师、研究生导师刘家瑛教授等主讲。

1. 授课内容: 头针疗法理论知识: 头针疗法概述: 定义、发展及流派、中医理论基础; 头针疗法原理及研究进展(现代医学相关内容、古文献相关内容); 头针刺激区的定位、主治及处方特点、辨治规律; 头针操作要点及注意事项。神经系统疾病治疗: 神经系统常见病、多发病的临床经验与体会; 脑血管病; 震颤麻痹; 小舞蹈症; 多动症; 秽语抽动症; 头痛; 周围性面瘫。中风的预防与抑郁症的特色疗法、头痛的诊断与治疗等临床经验与体会。

2. 培训对象: 各类医务人员、临床医生、针灸、推拿、按摩、保健、美容师和基层医务工作者及中医爱好者等。

3. 培训时间与学费: 学期 4 天(报名 1 天, 授课 3 天), 每位学员学费 1980 元/人、海外学员 2680 元/人(含午餐费、场地费、讲议费、专家课时费、证书费等)。报名时交本人身份证复印件, 2 寸免冠照片 2 张, 报满 50 人即开班, 提前 1 个月通知开学时间及具体地点。

4. 学满课时待遇: 按国家中医药继续教育有关规定, 学满课时颁发中英文对照结业证书, 并授予 I 类学分 12 学分证书。参加学习班学员的投稿达到《世界中医药》杂志登刊标准者优先发表。

5. 培训地点与住宿: 北京东城区广渠门内夕照寺大街东玖大厦 B 座 7 层, 世界针灸学会联合会世针针灸交流中心。邮编: 100061。联系人: 邓爱英, 手机: 13051608026。邮箱: info@wfas-acu.org。电话: (010) 87190518。

6. 汇款方式: 邮局汇款收款人: 北京华盛国际医药信息交流中心, 地址: 北京市朝阳区小营路 19 号财富嘉园 A 座 301 室。银行汇款户名: 北京华盛国际医药信息交流中心, 开户银行: 兴业银行知春路支行, 帐号: 321180100100043563。

7. 联系方式: 北京市朝阳区小营路 19 号财富嘉园 A 座 301 室, 世界中医药学会联合会国际合作部。邮编: 100101。联系人: 王炳岐、徐晖、赵和爱、景晓杨(手机: 13901318403, 邮箱: 13901318403@139.com, 传真/电话: 010-58239066, 电话: 010-58239055)。