

· 临床研究 ·

中医综合干预对脑白质疏松轻度认知障碍患者
认知功能、日常生活能力及周边症状的影响

张允岭 高 芳 陈志刚 郭蓉娟 侯小兵 金香兰 陈宝鑫 何婷婷 郑 硕

(北京中医药大学东方医院,北京市丰台区方庄芳星园一区 6号,100078)

[摘要] 目的 评价中医综合干预对脑白质疏松轻度认知障碍的疗效。方法 选择脑白质疏松轻度认知障碍患者 78例,随机分为中医综合干预组与对照组,每组各 39例,对照组给予生活方式调理及基础病治疗,干预组在对照组基础上给予复方苻蓉益智胶囊每次 4粒,每日 3次,以及每晚睡前腧穴按摩,两组疗程均 90天。对患者 68项临床症状进行评分及《蒙特利尔认知量表》(MoCA)评分、《日常生活活动能力量表》(ADL)评分。结果 干预组治疗后对头痛、头重如裹、头晕、失眠、多梦、烦躁、急躁易怒、神疲、乏力、心悸、腰膝酸软、痛、肢倦身重、畏寒肢冷、口渴欲饮、口淡、咯痰、气短、胸闷、善太息、五心烦热等症状改善明显,差异有统计学意义($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$);干预组治疗后 MoCA评分增高,ADL评分降低($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$),MoCA视空间与执行功能、命名、抽象思维和延迟记忆亚项得分明显提高,与治疗前比较差异有统计学意义($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$),干预组较对照组对 MoCA ADL评分改善显著。结论 中医综合干预可改善脑白质疏松轻度认知障碍患者认知功能,提高日常生活能力,改善周边症状,对脑白质疏松轻度认知障碍有肯定疗效。

[关键词] 轻度认知障碍;脑白质疏松;中医综合干预;认知功能;日常生活能力

Effect of TCM Comprehensive Intervention on the Mild Cognitive Impairment Caused by Leukoaraiosis

ZHANG Yunling, GAO Fang, CHEN Zhigang, GUO Rongjuan, HOU Xiaobing, JIN Xianglan, CHEN Baoxin, HE Tingting, ZHENG Shuo

(Dongfang Hospital, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100078)

ABSTRACT Objective To evaluate the effect of TCM comprehensive intervention on the mild cognitive impairment caused by leukoaraiosis. **Methods** Totally 78 patients with mild cognitive impairment due to leukoaraiosis were randomized into the TCM comprehensive intervention group and control group with 39 in each. The control group was treated with the regulation of life style and treatment of basic diseases, based on which, the intervention group was treated with Compound Congrong Yizhi Capsule (Herbal capsule mainly containing ci tan che for cognitive impairment), 4 capsules each time, 3 times a day, and acupoint massage before sleep in the evening everyday. The treatment lasted for 90 days. The scores of 68 clinical symptoms, Montreal Cognitive Assessment (MoCA), and Activities of Daily Living (ADL) were used to evaluate the effect. **Results** After treatment, the patients in the TCM comprehensive intervention group were greatly improved in the symptoms including headache, heaviness in the head, dizziness, insomnia, restlessness, hot temper, listlessness, fatigue, palpitation, soreness and weakness in the lumbus and legs, heaviness of the body, cold extremities, thirst with desire to drink, tastelessness, cough with phlegm, shortness of breath, fullness in the chest, sighs, and hot sensation in palms and soles, with significant difference ($P < 0.05$ or $P < 0.01$). The MoCA score was increased, ADL score decreased ($P < 0.05$ or $P < 0.01$), and the score of MoCA visual space, executive function, nominating, abstract thinking, and the sub-items of delaying memory was significantly increased, with significant difference as compared with those before treatment ($P < 0.05$ or $P < 0.01$). The improvement of MoCA and ADL scores in the intervention group was more significant than that in the control group. **Conclusion** The TCM comprehensive intervention can improve the cognitive functions of those patients who are with cognitive impairment caused by leukoaraiosis and its induced symptoms to improve the daily living activities.

Key Words Mild cognitive impairment; Leukoaraiosis; TCM comprehensive intervention; Cognitive function; Activities of daily living (ADL)

脑白质疏松 (Leukoaraiosis, LA)是影像学的描述

基金项目:首都医学发展科研基金北京医学卫生科技联合攻关项目(SF-2005-3),中医药行业科研专项资助项目(200807011),北京市新医药学科群建设项目(XK100270569),“211”工程三期重点学科建设项目

通讯作者:张允岭, yunlingzhang2004@yahoo.com.cn, (010) 67689634

性术语,随着MRI技术的临床普及应用,LA检出率明显提高,随年龄增长其患病率逐渐增高,LA在一般老年人中的患病率达49.7%,80岁以上者则几乎达100%^[1]。LA有明确的脑部病理影像学改变,同时其主要的临床表现为认知障碍和精神运动性速度受损,而非主要表现为局限性神经症状体征,故我们选择脑白

质疏松轻度认知障碍作为研究的切入点

1 资料

1.1 一般资料

78例患者来源于2007年12月~2009年3月在北京中医药大学东方医院门诊就诊者及方庄社区老年人,采用SAS8.0统计软件包生成随机分组编码分为干预组和对照组各39例。干预组中男性18例,女性21例;年龄54~79岁,平均(69.5±7.30)岁;体重指数20.0~33.1,平均(25.73±3.05);汉族38例,其他民族1例;已婚36例,丧偶3例;文盲2例,小学7例,中学(包括中专)2例,大专1例,本科及以上8例;既往合并有高血压病32例,糖尿病8例,高脂血症24例,冠心病17例,短暂性脑缺血发作(TIA)2例,腔隙性脑梗死26例。对照组中男性16例,女性23例;年龄54~80岁,平均(71.36±6.68)岁;体重指数19.7~30.7,平均(24.50±2.77);汉族38例,其他民族1例;已婚35例,丧偶4例;文盲3例,小学6例,中学(包括中专)16例,大专5例,本科及以上9例;既往合并有高血压病25例,糖尿病3例,高脂血症17例,冠心病13例,TIA3例,腔隙性脑梗死29例。两组一般资料比较无统计学差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

参照2006年NINDS-CSN关于血管源性认知障碍统一标准^[2]的建议制定:①有认知障碍的主诉或家属代诉,要有充分的举例或证据;认知功能检测有1项或2项以上组合的损害;②患者或亲密看护者报告,患者较先前认知功能下降,且持续6个月以上;③日常生活能力正常或轻微损害;④按照美国精神医学会的《精神障碍诊断统计手册》(DSM-IV-R)^[3]标准除外痴呆;⑤头颅CT显示大脑白质弥散性斑片状或融合的低密度灶,MRI显示T2WI和FLAIR序列为高信号,T1WI为等信号或低信号,符合脑白质疏松神经影像学诊断。

肾虚痰浊血瘀证中医辨证标准参照《中药新药临床研究指导原则》^[4]、《中医病证诊断疗效标准》^[5]及《中医诊断学》^[6],由课题组结合专家意见共同拟定:腰膝酸软,头晕耳鸣,健忘善误,兼见口唇紫暗,舌淡紫,脉细涩或呕恶眩晕,肢体困重,胸脘痞闷,苔腻脉滑或肢体麻木,舌紫暗、瘀点、舌下脉络迂曲,苔腻,脉弦涩。

1.3 纳入标准

①符合上述诊断及辨证标准者;②年龄50~80岁;③意识清楚,有足够的视、听觉分辨力能接受神经心理学测试;④简易智力状态检查量表(MMSE)^[7]评分:文盲>1分,小学>20分,中学或以上>24分;蒙特利尔认知量表(MoCA)^[8]评分<26分;日常生活活动力量量表(ADI)^[9]评分<26分;临床痴呆评定量表(CDR)^[10]

评分0~0.5分;⑤受试者知情并签署知情同意书

1.4 排除标准

脑出血、脑梗死、蛛网膜下腔出血、Binswanger病、精神病等其他原因导致的认知损害等;合并抑郁症者;有明显神经系统局灶症状与体征,或其他躯体疾病,严重影响神经心理学检测;近1个月内使用任何可能影响认知功能的药物者。

1.5 脱落及剔除标准

依从性差的受试者;发生严重不良事件、并发症和特殊生理变化不宜继续接受研究的受试者;自行退出的受试者;未按研究方案规定用药的受试者。

2 方法

2.1 治疗方法

对照组给予生活方式调理,包括健康教育、合理膳食、戒烟限酒、适度锻炼、心理平衡、社会支持等;基础病治疗:给药或监视期间,如合并高血压病、糖尿病、高脂血症等疾病,必须对症治疗,使血压 $\leq 140/90$ mmHg,糖化血红蛋白 $\leq 6.5\%$,低密度脂蛋白胆固醇 ≤ 3.37 mmol/L,总胆固醇 ≤ 5.18 mmol/L;不使用其他具有亲智能、神经递质调节等作用的中西药物。干预组在对照组基础上给予复方苁蓉益智胶囊(成分:制何首乌、荷叶、肉苁蓉、地龙、漏芦,辽源誉隆亚东药业有限责任公司生产提供,国药准字Z20080047,0.3g/粒),每次4粒,每日3次,疗程为90天;腧穴按摩:太阳、百会、风池、神门、内关、足三里、三阴交。每晚睡前每个穴位按摩1~2min。

2.2 观察指标及方法

患者每30天复诊1次,填写统一的周边症状观察表,包括68项症状,对每一个症状参照《中医药学名词(2004)》^[11]及《中医诊断学》^[6],给出较为明确和规范的定义,并参考《中医量化诊断》^[12]、《中药新药临床研究指导原则》^[4]、《中医症状鉴别诊断学》^[13]、《中医证候鉴别诊断学》^[14],对症状进行量化分级(按症状出现的频率、持续时间、性质程度与外界刺激关系等4个方面进行综合量化,分为无、轻、中、重4级,分别量化为0分、1分、2分、3分;难以分级的分为不出现与出现,计为0、1分)。积分差变化率=(治疗后积分-治疗前积分)/治疗前积分 $\times 100\%$,结果以百分数表示。观察第90天复查神经心理学量表,包括MoCA、ADL。

2.3 统计学方法

应用SPSS 15.0软件对数据进行分析。计量资料符合正态分布方差齐时选用 t 检验,方差不齐时选用 t' 检验,不符合正态分布时,选用非参数检验。

3 结果

干预组 39例中 1例因出现牙痛而拒绝继续服药,根据不良反应因果判断表分析,牙痛与药物可能无关。2例因依从性差脱落,完成治疗者 36例;对照组纳入 39例,5例拒绝随访,3例因搬家失访,2例死亡,其中 1例因冠心病死亡,1例由于家属不配合而未知死亡原因,完成观察者 29例。

3.1 两组患者治疗前后 MoCA ADL评分比较

表 1 显示,干预组治疗后 MoCA 评分增高、ADL 评分降低,与治疗前比较均有统计学差异 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$),对照组治疗前后 MoCA 评分、ADL 评分与治疗前比较差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。表 2 示,干预组治疗后 MoCA 视空间与执行功能、命名、抽象思维和延迟记忆亚项得分明显提高,与治疗前比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$);语言、注意与计算力、定向力得分与治疗前比较无统计学差异 ($P > 0.05$)。对照组治疗前后 MoCA 各亚项得分差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。

表 1 两组患者治疗前后 MoCA ADL 评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	MoCA 评分	ADL 评分
干预组	治疗前	39	21.33 ± 2.878	21.49 ± 1.485
	治疗后	36	24.36 ± 3.155 *	20.78 ± 0.989
对照组	治疗前	39	22.21 ± 2.913	21.13 ± 1.361
	治疗后	29	21.48 ± 2.798	21.34 ± 1.565

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.05$,* * $P < 0.01$

表 2 两组患者 MoCA 亚项治疗前后评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

项目	干预组		对照组	
	治疗前 (39例)	治疗后 (36例)	治疗前 (39例)	治疗后 (29例)
视空间与执行功能	3.23 ± 1.16	3.86 ± 1.27	3.49 ± 0.97	3.34 ± 1.05
命名	2.67 ± 0.53	2.92 ± 0.28	2.87 ± 0.57	2.79 ± 0.56
注意与计算力	5.26 ± 1.07	5.58 ± 0.73	5.28 ± 0.92	5.17 ± 1.00
语言	1.64 ± 0.71	1.78 ± 0.76	1.62 ± 0.85	1.28 ± 0.65
抽象思维	0.79 ± 0.70	1.39 ± 0.73 *	1.08 ± 0.74	0.79 ± 0.73
延迟记忆	1.72 ± 1.30	2.78 ± 1.50 *	1.85 ± 1.39	1.83 ± 1.28
定向力	5.90 ± 0.31	5.92 ± 0.28	5.87 ± 0.47	5.90 ± 0.31

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.05$,* * $P < 0.01$

3.2 两组患者周边症状积分差变化率比较

干预组 36例中周边症状积分差为 90% ~ 100% 者 1例,占 2.78%; 70% ~ 89% 占 4例,占 11.11%; 50% ~ 69% 13例,占 36.11%; 30% ~ 49% 12例,占 33.33%; < 30% 6例,占 16.67%。对照组 29例中周边症状积分差为 90% ~ 100% 者 0例; 70% ~ 89% 及 50% ~ 69% 均为 0例; 30% ~ 49% 2例,占 6.90%; < 30% 有 27例,占 93.10%。两组比较差异有统计学意义 ($P < 0.01$),提示干预组对周边症状的改善明显优于对照组。

3.3 两组患者周边症状治疗前后积分比较

对两组患者 68项周边症状进行治疗前后积分比较,结果如表 3(仅列出有统计学差异的症状)。干预组治疗后对周边症状有明显改善作用,其中对头痛、头重如裹、头晕、失眠、多梦、烦躁、急躁易怒、神疲、乏力、心悸、腰膝酸软、痛、肢倦身重、畏寒肢冷、口渴欲饮、咯痰、气短、胸闷、善太息、五心烦热改善明显,治疗前后差异有统计学意义 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。对照组仅肢倦身重治疗前后差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

表 3 两组患者治疗前后周边症状积分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

症状	干预组		对照组	
	治疗前 (39例)	治疗后 (36例)	治疗前 (39例)	治疗后 (29例)
头痛	0.72 ± 0.793	0.17 ± 0.447 *	0.59 ± 0.785	0.69 ± 0.806
头重如裹	0.59 ± 0.818	0.06 ± 0.232 *	0.41 ± 0.751	0.66 ± 0.769
头晕	0.92 ± 0.623	0.25 ± 0.439 *	0.72 ± 0.686	0.62 ± 0.494
失眠	0.38 ± 0.590	0.08 ± 0.280 *	0.38 ± 0.544	0.52 ± 0.509
多梦	0.51 ± 0.556	0.19 ± 0.401 *	0.62 ± 0.590	0.83 ± 0.658
烦躁	1.26 ± 1.093	0.50 ± 0.737 *	0.79 ± 0.864	1.07 ± 0.998
急躁易怒	0.69 ± 0.766	0.22 ± 0.422 *	0.38 ± 0.673	0.41 ± 0.628
口渴欲饮	0.69 ± 0.832	0.28 ± 0.566	0.49 ± 0.683	0.62 ± 0.728
咯痰	0.54 ± 0.643	0.22 ± 0.422	0.51 ± 0.721	0.41 ± 0.568
神疲	0.95 ± 0.793	0.08 ± 0.368 *	0.64 ± 0.778	1.00 ± 0.707
气短	0.56 ± 0.552	0.28 ± 0.454	0.41 ± 0.549	0.41 ± 0.501
乏力	0.90 ± 0.718	0.22 ± 0.422 *	0.62 ± 0.711	0.86 ± 0.639
心悸	0.64 ± 0.707	0.17 ± 0.378 *	0.49 ± 0.683	0.34 ± 0.614
胸闷	0.54 ± 0.643	0.22 ± 0.422	0.44 ± 0.641	0.38 ± 0.561
善太息	0.62 ± 0.747	0.25 ± 0.439	0.54 ± 0.913	0.76 ± 1.023
腰膝酸软	0.90 ± 0.680	0.39 ± 0.549 *	0.79 ± 0.864	0.97 ± 0.944
痛	1.10 ± 0.852	0.25 ± 0.439 *	0.59 ± 0.715	0.97 ± 0.731
肢倦身重	0.49 ± 0.556	0.11 ± 0.319 *	0.18 ± 0.389	0.17 ± 0.384
畏寒肢冷	0.18 ± 0.451	0.00 ± 0.000	0.21 ± 0.522	0.10 ± 0.409
五心烦热				

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.05$,* * $P < 0.01$

4 讨论

中医理论认为,“肾藏精,精生髓,脑为髓之海”。年迈体弱,久病及肾,肾精亏虚,髓海失充,脑萎髓空,脑失所养,神机失用而出现呆证,病位在脑,其本在肾。五脏正常功能受损,津不行而为痰浊,血不畅而为瘀。脑为清灵之脏,痰瘀蒙窍,清阳不升,脑窍失养,神机失用则可形成认知障碍。本课题组以往进行了益肾化浊法治疗老年期血管性痴呆的研究,经多中心、大样本的临床观察,总结了血管性痴呆 (VD) 病因病机,提出 VD “毒损脑络、脑髓”的学说^[15-18],研制出具有益肾降浊化痰活血作用的复方苻蓉益智胶囊,同时提出临床研究重点应放在轻度认知障碍阶段,早期治疗是有效的。复方苻蓉益智胶囊方由制何首乌、荷叶、地龙、肉苻蓉、漏芦等组成,具有补肝益肾、化痰活血、健脑益智之功效。方中制何首乌为君药,具有补肝肾、益精血、乌须发、强筋骨之功。《本草纲目》曰:“何首乌,白者入气分,

赤者入血分。肉苁蓉、荷叶、地龙、漏芦为臣药。肉苁蓉功能补肾阳、益精血、润肠通便,助君药制何首乌填精助阳,化生其源,肝肾双补,上奉于脑,神明可安。荷叶可升发清阳,降痰浊、化瘀血,气清神定,脑力渐复。地龙性味咸、寒,具有通络、清热利尿作用,与荷叶同奏升清降浊之功效。漏芦性味苦、寒,功能清热解毒、消痈、舒筋通脉。荷叶、地龙、漏芦三药合用,同奏升清降浊、通调水道、运化水湿、散瘀活血之功。本次研究选用复方苁蓉益智胶囊作为干预药物,以补肝益肾、化浊活血、健脑益智。轻度认知障碍病机复杂,病情多变,单靠药物难以取得最佳效果,必须在长时程监控基础上实行综合干预方案,包括生活方式调理、气功、按摩等多种治疗手段相配合。本研究中腧穴按摩选用百会、神门、三阴交补肝益肾、补益脑髓、安神定志、活血养心、调和营血,足三里通腑化痰、补益气血、通经活络,配以内关宁心安神、理气和中,风池、太阳祛风解表、清头明目,按摩诸穴,可补肝肾、活血化痰、健脑益智。

本次研究结果发现,中医综合干预后可明显提高LA患者 MoCA总分,改善认知功能,降低 ADL总分,提高日常生活能力。从周边症状变化分析,中医综合干预后对周边症状总积分具有明显改善作用,其中对头痛、头重如裹、头晕、失眠、多梦、烦躁、急躁易怒、神疲、乏力、心悸、腰膝酸软、痛、肢倦身重、畏寒肢冷、口渴欲饮、口淡、咯痰、气短、胸闷、善太息、五心烦热症状改善明显,即对肝肾亏虚、痰浊、血瘀相关症状改善明显。干预组周边症状明显改善,患者痛苦减少,生活质量得到提高,愿意更主动采取积极、健康的生活方式,有益于延缓认知障碍进展。初步研究结果显示中医综合干预有效治疗 LA轻度认知障碍,能够提高认知能力,改善周边症状,提高生活质量。

参考文献

[1] Erkinjuntti T, Inzitari D, Pantoni L, et al. Research criteria for subcortical vascular dementia in clinical trials [J]. J Neurol Transm Suppl, 2000, 59(Suppl 3): 23- 30.

[2] 李焰生, 俞聆, 高枚春, 等. 美国国立神经疾病和卒中研究所-加拿大卒中网血管性认知障碍统一标准 [J]. 国际脑血管病杂志, 2007, 15(1): 4- 24.

[3] 贾建平. 临床痴呆病学 [M]. 北京: 北京大学医学出版社, 2008 183- 224.

[4] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则 [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002 93.

[5] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准 [S]. 南京: 南京大学出版社, 1994 18- 19.

[6] 季绍良, 成肇智. 中医诊断学 [M]. 北京: 人民卫生出版社,

2005 126- 158.

[7] Folstein M F, Folstein S E, McHigh P R. “ Mini-mental state” . A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician [J]. J Psychiatr Res, 1975, 12(3): 189- 198.

[8] 解横革译. 蒙特利尔认知评估 (北京版) [EB/OL]. (2006- 08- 26) [2007- 09- 06]. <http://www.mocatest.org/pdf/files/MoCA-Instructions-ChineseBeijing.pdf>.

[9] Lawton M P, Brody E M. Assessment of older people self-maintaining and instrumental activities of daily living [J]. Gerontologist, 1969, 9(3): 179- 186.

[10] Morris J C. The Clinical Dementia Rating (CDR): current version and scoring rules [J]. Neurology, 1993, 43(11): 2412 - 2414.

[11] 中医药学名词审定委员会. 中医药学名词 (2004) [M]. 北京: 科学出版社, 2005 92- 115.

[12] 徐迪华, 徐剑秋. 中医量化诊断 [M]. 南京: 南京出版社, 1997: 34- 94.

[13] 姚乃礼. 中医症状鉴别诊断学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2004 30- 102.

[14] 赵金铎. 中医证候鉴别诊断学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 1987 16- 42.

[15] 汪永炎, 张伯礼, 张允岭, 等. 血管性痴呆现代中医临床与研究 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2003 30- 51.

[16] 谢颖桢, 张允岭, 梅建勋, 等. 血管性痴呆的证候观察分析 [J]. 北京中医药大学学报, 1999, 22(2): 37- 39.

[17] 张允岭, 梅建勋. 多发梗塞性痴呆轻中度症舌脉观察分析 [J]. 北京中医药大学学报, 1998, 21(3): 51.

[18] 高颖, 谢颖桢, 王永炎. 试论浊毒在血管性痴呆发病中的作用 [J]. 中国中医急症, 2000, 9(6): 266- 267.

(收稿日期: 2009- 08- 19; 修回日期: 2010- 03- 11)

[编辑: 邓媛]

欢迎邮购《重读中医经典丛书》

科学出版社出版的《重读中医经典丛书》是根据临床中医师的不同需要,分初、中、高级编写,共有12册:《内经临床精要》(59元)、《内经临床运用》(79元)、《内经临床发挥》(59元)、《伤寒论临床精要》(59元)、《伤寒论临床运用》(59元)、《伤寒论临床发挥》(68元)、《金匱要略临床精要》(58元)、《金匱要略临床运用》(48元)、《金匱要略临床发挥》(68元)、《温病学临床精要》(68元)、《温病学临床运用》(89元)、《温病学临床发挥》(59元)。主要编者为国家重点学科、专科的学术带头人,中医经典教学、临床第一线工作者。丛书涵盖了中医经典理论及其临床运用经验,体现了他们在教学、临床、科研中的心得体会,是临床医师提高经典理论知识及晋级考试的重要参考书。“临床精要”部分,掌握经典精华并贯彻应用于临床,供初级中医师使用;“临床运用”部分,介绍经典理论指导临床的运用经验体会,供临床中医主治医师参考;“临床发挥”部分,介绍如何发挥经典理论在临床的作用,供具有高级职称医师参考。

各地新华书店和网上书店有售,邮购联系人:温晓萍,电话及传真:010- 64039761,地址:北京东黄城根北街16号科学出版社医学中心。