

• 证候 • 诊断 •

记忆抱怨主诉与客观认知功能
及中医肝郁证的相关性

彭 朗 戴 中 柳洪胜 白 文 龚华强 王少杰*

北京大学人民医院中医科,北京市西直门南大街 11 号,100044)

基金项目:2008 年度中医药行业科研专项项目(200807011)

* 通讯作者:wsj-51@163.com, (010)88325884

[摘 要] 目的 探讨中老年人记忆抱怨主诉(SMC)与客观认知损害、抑郁状态及中医肝郁证候因素的关系。方法 临床招募 SMC 受试者 102 例,分为 SMC 认知正常组(52 例)与 SMC 认知下降组(50 例),并选择无 SMC 且客观认知功能正常的对照组(20 例),分别进行记忆抱怨主诉视觉评价量表(SMC-VAS)自评,简易智能精神状态检查量表(MMSE)、蒙特利尔认知评定量表(MoCA)客观认知功能评价,汉密尔顿抑郁量表(HAMD-17)抑郁状态评价,及中医肝郁相关证候调查。结果 SMC 认知正常组 HAMD-17 平均得分高于 SMC 认知下降组和对照组($P<0.05$ 和 $P<0.01$);SMC 认知正常组中医肝郁相关证候平均得分高于 SMC 认知下降组($P<0.05$);SMC 认知正常组 SMC-VAS 总分与 MoCA 总分无明显关联,与 HAMD-17 得分($P<0.01$)、中医肝郁相关证候($P<0.05$)呈正相关;SMC 认知下降组 SMC-VAS 总分与 MoCA 总分成负相关($P<0.05$),与 HAMD-17 得分($P<0.01$)、中医肝郁相关证候得分($P<0.01$)呈正相关。结论 并不是所有 SMC 人群的认知抱怨都与客观认知损害有关;SMC 人群无论有无认知下降,都与抑郁状态、中医肝郁证候有关。

[关键词] 记忆抱怨主诉;蒙特利尔认知评定量表;抑郁状态;健忘;肝郁证

Correlation between Subjective Memory Complaint, Objective Cognitive Impairment and Chinese Medical Syndrome of Liver Depression

PENG Lang, DAI Zhong, LIU Hongsheng, BAI Wen, GONG Huaqiang, WANG Shaojie

(Peking University People's Hospital, Beijing 100044)

ABSTRACT Objective To discuss the correlation between subjective memory complaint (SMC), objective cognitive impairment, depression and Chinese medical syndrome of liver depression in the elderly. **Methods** Totally 102 participants with SMC and 20 normal cognitive functional controls without SMC were recruited. The 102 SMC patients were divided into SMC with normal cognition (52 cases) and SMC with decreased cognition (50 cases). Participants were asked to rate the degree of their perceived cognitive decline by Subjective Memory Complaint Visual Rating Scale (SMC-VAS). The objective cognitive function was examined by using Mini-Mental State Examination (MMSE) and Montreal Cognitive Assessment (MoCA). Depression was assessed by using Hamilton Depression Rating Scale (HAMD-17) and Chinese medical syndrome of liver depression was also investigated. **Results** The HAMD-17 scores in SMC cognitively normal group were significantly higher than those in SMC cognitive decline group and the control group ($P<0.05$, $P<0.01$). The average scores of liver depression syndrome in SMC cognitively normal group were significantly higher than those in SMC cognitive decline group ($P<0.05$). In SMC cognitively normal group, the scores of SMC-VAS had no significant association with MoCA scores, but were positively correlated with the HAMD-17 scores ($P<0.01$) and the scores of liver depression syndrome ($P<0.05$). In SMC cognitively decline group, the scores of SMC-VAS were negatively correlated with MoCA scores ($P<0.05$) and were positively correlated with the HAMD-17 scores ($P<0.01$) and the scores of liver depression syndrome ($P<0.01$). **Conclusion** A considerable part of SMC individuals have no objective cognitive impairment. SMC with or without cognitive impairment is associated with depression and Chinese medical syndrome of liver depression.

Keywords subjective memory complaint (SMC); Montreal Cognitive Assessment (MoCA); depression; amnesia; liver depression

记忆抱怨主诉(subjective memory complaint, SMC 或 subjective memory impairment, SMI)以受试者自己抱怨记忆力下降或认知下降为主要临床表

现^[1],在中老年人中十分常见,国外报道其发生率在 25%~50%^[2],是中老年人前往记忆障碍或痴呆门诊就诊的最常见原因之一。回顾文献发现,目前对

SMC 的研究尚处于起步阶段,但因其在预测将来认知下降或痴呆方面可能具有重要价值^[3-5]而引起研究者极大的兴趣。也有研究认为两者之间关系并不密切,反而与焦虑、抑郁、神经质等心理情感因素关系更为密切^[6-7]。

SMC 属中医“健忘”的范畴,目前大多学者认为,健忘病位在心、脾、肾,治则以养心血、补脾肾为主^[8],我们在临床中发现,SMC 人群中医肝郁证候表现突出,结合本病与抑郁、焦虑等精神情绪因素的关系,认为肝郁可能在本病中医病机中占有重要地位。因此,本研究通过临床招募有 SMC 的中老年人,调查其主观认知抱怨程度、客观认知水平、抑郁状态水平及中医肝郁证候,旨在明确 SMC 是否与客观认知损害有关及其与抑郁状态、中医肝郁证候的关系,对于指导本病的临床干预及预后评估有重要意义。

1 资料与方法

1.1 研究对象

自 2011 年 4 月至 2011 年 8 月北京大学人民医院中医科记忆障碍与痴呆门诊招募的符合 SMC 入选标准的受试者 102 例,其中男 35 例,女 67 例;平均年龄 (65.6 ± 8.3) 岁。根据蒙特利尔认知评估量表(Montreal cognitive assessment, MoCA)得分是否 ≥ 26 分进一步分为两组,SMC 认知正常组 52 例,SMC 认知下降组 50 例。并纳入年龄性别相匹配的无 SMC 且客观认知功能正常的对照组 20 例。各组基本信息、文化程度及影响认知功能的基础疾病、痴呆家族史等方面差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 入选标准

主诉抱怨记忆力下降,并参考 SMC^[9]标准:①开始抱怨记忆力下降时年龄 ≥ 50 周岁;②持续时间 >6 个月;③跟年轻时相比,记忆力明显下降;④至少说出 1 个日常生活中记忆障碍的例子;⑤发生频率至少 1 次/周;⑥非痴呆[按照美国精神医学会《精神障碍诊断统计手册》第 4 版修订版(DSM-IV-R)标准]。

1.3 研究方法

1.3.1 一般资料 所有受试者完善人口学资料及详细病史,包括姓名、性别、年龄、联系电话、家庭住址、生活习惯、教育程度、影响认知的基础疾病、SMC 持续时间,有无服用改善认知功能的药物及抗焦虑药物、抗抑郁药物、改善睡眠药物等。

1.3.2 评价方式 ①主观认知抱怨程度评定:由于缺乏比较成熟的主观认知功能评价量表,同时为了方便将主观认知抱怨的程度进行统一量化,本研究制定了记忆抱怨主诉视觉评价量表(subjective memory complaint visual rating scale, SMC-VAS):选择 5 个患者临床常见的认知相关抱怨症状:记忆力下降、表达能力下降、反应迟钝、注意力难以集中、计算力下降,对每一症状设置合适的引导语,并分别划一条 100mm 的直线,直线最左端表示正常,最右端是极度下降,要求参与者在直线上描述近一周的感受。依据患者在直线上划的点,测量点到直线最左端的距离(以毫米为单位)。②客观认知功能评定:简易智能精神状态检查量表(mini-mental state examination, MMSE)、MoCA 为临床常用的用来评估客观认知功能的量表。MMSE 为临床常用的痴呆筛查量表,从定向、识记、计算与注意、回忆、言语等方面评定认知功能有无异常,总分 30 分,评分文盲 >17 分,小学 >20 分,中学或以上 >24 分为正常^[10];MoCA 从视空间与执行功能、命名、记忆、注意、语言、抽象、延迟回忆、定向等认知领域进行评估,评分 ≥ 26 分者为正常^[11]。③抑郁状态的评定:汉密尔顿抑郁量表(Hamilton depression rating scale, HAMD-17)是临床常用的用来评定抑郁状态的量表,从抑郁心境、睡眠、迟缓、激越等多个方面进行评估,0~7 分为正常^[12]。④中医肝郁相关证候观察表制定及其依据:以 1997 年中医临床诊疗术语国家标准(证候部分)为依据,筛选与“肝郁”相关的 10 个证候,将其所有症状进行调整和统一描述,去除重复部分,得出除舌苔脉象外共计 33 个症状,分别是:情志抑郁、喜叹息、烦躁、易怒、胸闷、两胁胀痛、刺痛、窜痛、灼痛、有肿块、少腹胀痛、窜痛、有肿块、纳呆食少、腹胀、大便稀溏、便溏不爽、腹痛欲便泻后痛减、头晕、头痛、失眠、多梦、面色苍白、腰膝酸软、五心烦热、视物模糊、视物旋转、耳鸣、口干口渴、口苦、皮肤黄染、白睛黄染、吐黄痰等。并参考其他肝郁证候诊断标准^[13-14],经专家组多次论证,补充咽中梗塞不适、神疲乏力两个症状,共计 35 个症状,将舌脉统一描述。此外,参考陈家旭等^[10]的肝郁证参考诊断标准诊断肝郁证,胸胁作胀或痛;精神抑郁;烦躁易怒;口苦;胸闷;善太息;脉弦,7 条同时具备 4 条或 4 条以上诊断肝郁证。

1.4 统计学方法

应用 SPSS 19.0 软件进行统计处理,计量资料

用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,两样本间比较采用独立样本 t 检验,组间比较采用单因素方差分析,计数资料采用卡方检验。两因素之间相关性采用二元变量相关分析,检验水准取 $\alpha=0.05$ (双侧), $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 各组受试者 MMSE 评分、MoCA 评分及 HAMD-17 评分比较

表 1 示,SMC 认知下降组 MMSE、MoCA 平均得分低于 SMC 认知正常组和对照组($P<0.01$)。SMC 认知正常组 HAMD-17 平均得分高于 SMC 认知下降组和对照组($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。

表 1 各组受试者 MMSE 评分、MoCA 评分及 HAMD-17 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	MMSE	MoCA	HAMD-17
SMC 认知正常组	52	29.4±0.8*	27.2±1.0*	8.0±5.3
SMC 认知下降组	50	27.0±2.7	21.4±3.4	6.0±4.5△
对照组	20	29.6±0.8*	28.0±1.1*	3.1±2.3△△

注:与认知下降组比较,* $P<0.01$;与认知正常组比较,△ $P<0.05$,△△ $P<0.01$

2.2 两组患者 SMC-VAS 及中医肝郁相关证候评分比较

表 2 示,两组抱怨记忆力下降的时间差异无统计学意义($P>0.05$)。在 SMC-VAS 中,SMC 认知正常组的 5 项抱怨的单项得分及总分均比 SMC 认知下降组较高,但差异无统计学意义($P>0.05$)。SMC 认知正常组中医肝郁相关证候的平均得分高于 SMC 认知下降组($P<0.05$)。SMC 认知正常组中 53.8%(28/52)诊断为肝郁证,而 SMC 认知下降组中 34%(17/50)诊断为肝郁证,所有 SMC 人群中 44.1%诊断为肝郁证,仍是 SMC 认知正常组满足肝郁证者较多($P<0.05$)。

2.3 两组患者 SMC-VAS 总分与 MoCA、HAMD-17 及中医肝郁相关证候得分相关性比较

表 3 示,SMC 认知正常组 SMC-VAS 总分与 MoCA 总分无明显关联,与 HAMD-17 得分呈正相关($P<0.01$),与中医肝郁相关证候得分呈正相关

($P<0.05$),而 SMC 认知下降组 SMC-VAS 总分与 MoCA 总分呈负相关($P<0.05$),与 HAMD-17 得分呈正相关($P<0.01$),与中医肝郁相关证候得分呈正相关($P<0.01$)。

表 3 两组患者 SMC-VAS 总分与 MoCA、HAMD-17 及中医肝郁相关证候得分相关性比较

组别	MoCA	HAMD-17	中医肝郁相关证候
SMC 认知正常组	$r=-0.062$	$r=0.394^{**}$	$r=0.333^{*}$
SMC 认知下降组	$r=-0.338^{*}$	$r=0.370^{**}$	$r=0.388^{**}$

注:* $P<0.05$,** $P<0.01$

3 讨论

从本研究可以得出,约半数 SMC 受试者 MoCA 得分 ≥ 26 分,说明具有 SMC 的患者并不一定存在客观认知损害。相对于无 SMC 且客观认知功能正常的对照组,所有 SMC 受试者 HAMD-17 平均得分较高,并且无论客观认知是否下降,SMC-VAS 得分与 HAMD-17 得分存在相关性,说明 SMC 与抑郁状态有一定关联。临床上对于以 SMC 就诊的患者不应一概予以改善认知治疗,而是应当首先评估其客观认知功能及抑郁状态等心理情感因素。

在 SMC 认知正常组,HAMD-17 平均得分较高,其 SMC-VAS 得分与 MoCA 得分之间无明显关联,而与 HAMD-17 得分之间存在一定关联,说明 SMC 认知正常组人群抑郁、焦虑倾向相对明显,存在主观夸大其记忆力下降的情况。在 SMC 认知下降组,SMC-VAS 得分不仅与 HAMD-17 相关,还与 MoCA 得分呈负相关,说明主观认知抱怨的程度能够在一定程度上反映其客观认知损害的情况。

综上,SMC 人群的 SMC 的程度与抑郁状态具有相关性,但两者间先后因果关系仍需进一步研究。当客观认知功能正常时,SMC 的程度更多反映的是患者抑郁等情感障碍的程度,与客观认知功能并无明显关系,治疗以心理辅导为主;但当客观认知功能受损(MoCA 得分 <26 分)时,SMC 的程度与抑郁状态及客观认知受损害均表现出相关性,可能在预测痴呆方面具有一定价值。临床医生应当更加关注

表 2 两组患者 SMC-VAS 及中医肝郁相关证候评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	SMC 时间(年)	记忆力下降(mm)	表达能力下降(mm)	注意力难以集中(mm)	反应迟钝(mm)	计算力下降(mm)	肝郁相关证候(总分 37 分)
SMC 认知正常组	52	2.5±2.7	50.5±17.5	40.9±23.6	42.6±22.8	42.2±24.0	40.3±26.5	11.2±4.3*
SMC 认知下降组	50	2.6±2.2	44.4±20.4	33.1±20.1	39.7±21.8	39.6±22.7	37.4±24.2	8.9±4.8

注:与 SMC 认知下降组比较,* $P<0.05$

这部分人的认知功能变化,治疗在改善认知功能的同时需辅以心理调节。

从中医角度来看,SMC大致相当于“健忘”,是由于脑力衰弱,记忆减退,遇事善忘而导致的一种病症。本研究发现,SMC人群无论有无客观认知下降,主观认知抱怨的程度均与中医肝郁证候得分相关,SMC认知正常组中医肝郁相关证候平均得分高于SMC认知下降组。通过文献研究发现,古代中医已经认识到肝郁与健忘之间的关系。肝主疏泄,司情志。《灵枢·天年》云:“五十岁,肝气始衰”,衰则疏泄不畅,如《千金翼方·养老大例》中所论:“人年五十以上,……万事零落,心无聊赖,健忘慎怒,情性变异。”可见肝郁与健忘之间联系密切。若从中医肝郁病机出发,对SMC人群治以疏肝解郁法,观察其对主观认知抱怨程度和客观认知损害进展的影响,为中医药防治健忘及痴呆提供新的思路与方法,有待于更多的研究及临床验证。

参考文献

- [1] Schofield PW, Marder K, Dooneief G, et al. Association of subjective memory complaints with subsequent cognitive decline in community-dwelling elderly individuals with baseline cognitive impairment[J]. Am J Psychiatry, 1997, 154(5):609-615.
- [2] Jonker C, Geerlings MI, Schmand B. Are memory complaints predictive for dementia? A review of clinical and population-based studies[J]. Int J Geriatr Psychiatry, 2000, 15(11):983-991.
- [3] Geerlings MI, Jonker C, Bouter LM, et al. Association between memory complaints and incident Alzheimer's disease in elderly people with normal baseline cognition[J]. Am J Psychiatry, 1999, 156(4):531-537.
- [4] Wang L, van Belle G, Crane PK, et al. Subjective memory deterioration and future dementia in people aged 65 and older [J]. J Am Geriatr Soc, 2004, 52(12):2045-2051.
- [5] Reisberg B, Shulman MB, Torossian C, et al. Outcome over seven years of healthy adults with and without subjective cognitive impairment [J]. Alzheimers Dement, 2010, 6(1):11-24.
- [6] Jorm AF, Butterworth P, Anstey KJ, et al. Memory complaints in a community sample aged 60-64 years: associations with cognitive functioning, psychiatric symptoms, medical conditions, APOE genotype, hippocampus and amygdala volumes, and white-matter hyperintensities [J]. Psychol Med, 2004, 34(8):1495-1506.
- [7] Jungwirth S, Fischer P, Weissgram S, et al. Subjective memory complaints and objective memory impairment in the Vienna-Transdanube aging community [J]. J Am Geriatr Soc, 2004, 52(2):263-268.
- [8] 田德禄. 中医内科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2002: 130-131.
- [9] Abdulrab K, Heun R. Subjective Memory Impairment. A review of its definitions indicates the need for a comprehensive set of standardised and validated criteria [J]. Eur Psychiatry, 2008, 23(5):321-330.
- [10] 张明园, 瞿光亚, 金华, 等. 几种痴呆测试工具的比较 [J]. 中华神经精神科杂志, 1991, 24(4):194-196.
- [11] Nasreddine ZS, Phillips NA, Bédirian V, et al. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment [J]. J Am Geriatr Soc, 2005, 53(4):695-699.
- [12] 张明园. 精神科评定量表手册[M]. 长沙:湖南科学技术出版社, 1993:122.
- [13] 陈家旭, 陈青红, 徐洪雁, 等. 肝郁证候宏观辨证标准的文献计量学研究 [J]. 北京中医药大学学报, 2004, 27(4):1-4.
- [14] 金益强. 中医肝脏象现代研究与临床 [M]. 北京:人民卫生出版社, 2000: 241.

(收稿日期:2011-10-31;修回日期:2011-12-09)

[编辑:黄健]

(上接第590页)

结果,而米非司酮使患者体内激素水平发生紊乱,一些患者出现头晕、头痛、乏力等症状,不利于患者焦虑症状的消除。值得注意的是,无论是中药还是西药的保守治疗,都以小直径的肿瘤为佳,当因肿瘤直径过大影响患者健康时,仍需选择手术治疗。目前对于消癥汤的药理作用还不甚清楚,有待于进一步探讨。

参考文献

- [1] 乐杰. 妇产科学[M]. 7版,北京:人民卫生出版社, 2008: 269.
- [2] 雷丽红, 孙云, 倪小平, 等. 马大正主任医师治疗子宫肌瘤的经验 [J]. 天津中医药, 2009, 26(5):355-356.
- [3] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则 [M]. 第三辑. 1997:272.
- [4] 周虹, 刘建, 常淑芳. 子宫肌瘤患者的心理健康状况及其影响因素 [J]. 重庆医学, 2006, 35(1):55-56.
- [5] 张玉珍. 中医妇科 [M]. 北京:中国中医药出版社, 2002: 11.

(收稿日期:2011-09-14;修回日期:2011-10-28)

[编辑:邓媛]