

· 流行病学研究 ·

中国五省(市)老年痴呆症未诊断水平及影响因素*

汪琦, 胡志, 张冬梅, 马颖, 秦侠, 陈若陵

摘要:目的 了解中国五省(市)痴呆症未诊断水平及其影响因素。方法 采用国际痴呆项目(“10/66”)调查使用的成套量表对五省(市)6 071 名≥60 岁的老年居民进行问卷调查。结果 共发现 349 例痴呆症患者,老年痴呆症未诊断水平为 93.98% (328/349);诊断组与未诊断组老年痴呆症患者文化程度、居住地、与最近亲人的居住距离、与社区朋友联系情况、需要时能否获得及时帮助、甲状腺功能、听力情况、日常生活活动能力(ADL 评分)、家族精神疾病史分布不同,差异均有统计学意义($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$);多因素 logistic 回归分析结果显示,文化程度为文盲及小学/初中($OR = 6.33, 5.00$)和需要时可获得及时帮助($OR = 5.10$)是诊断老年痴呆症的危险因素,与最近亲人的居住距离远或无亲人($OR = 0.31$)、ADL 评分≥1 分($OR = 0.25$)和有家族精神疾病史($OR = 0.05$)是诊断老年痴呆症的保护因素。结论 中国五省(市)老年痴呆症未诊断水平较高;文化程度、社会支持、日常活动能力及家族精神疾病史是社区老年痴呆症未诊断水平的影响因素,这一状况的改善需要政府与个人的共同努力。

关键词: 痴呆症;老年;未诊断水平;影响因素

中图分类号: R 195.4

文献标志码: A

文章编号: 1001-0580(2013)05-0657-03

Level and determinants of undetected dementia in five provinces of China

WANG Qi, HU Zhi, ZHANG Dong-mei, et al (Department of Health Management, School of Health Service Administration, Anhui Medical University, Hefei, Anhui Province 230032, China)

Abstract: **Objective** To determine levels of undetected dementia in five provinces of China and analyze their determinants. **Methods** With the protocols for the 10/66 dementia research group, 6 071 people (≥60 years old) in five provinces of China were investigated. **Results** A total of 349 cases of dementia were identified. The level of undiagnosed dementia in five provinces of China was 93.98% (328/349). Compared the diagnosed group with the undiagnosed group, there were statistical significances in education level, place of residence, the distance of the most close relatives, frequency of contacting with friends, getting the help needed from others timely, thyroid function, hearing function, activity of daily life (ADL) score, and family history of mental illness ($P < 0.05$ or $P < 0.01$). Multivariate logistic analyses showed that low education level (odds ratio [OR] = 6.33), help available when needed ($OR = 5.1$) were risk factors for the diagnosis of dementia. The long-distance residence of the most close relative or no relative ($OR = 0.31$), the ADL score ≥1 ($OR = 0.25$), and having family history of mental illness ($OR = 0.05$) were protective factors for the diagnosis of dementia. **Conclusion** The elderly in five provinces had a higher level of undiagnosed dementia. Education level, social support, ADL level and family history of mental illness were determinants of undiagnosed level of dementia among the elderly in communities. The improvement of the situation requires concrete efforts of the governments and individuals.

Key words: dementia; the elderly; undiagnosed level; influencing factor

老年痴呆症是一种记忆和其他智能的进行性丧失,并导致日常生活活动逐渐受限的综合征。它是全球最大的健康问题之一,随着老年人口的增加,痴呆症日益成为公共卫生领域重要的挑战。对全球范围内痴呆症发病率数据进行德尔菲法一致性评估结果表明,全球痴呆症发病率为 7.5%,发病率随着年龄呈指数增长,从 60~64 岁的 1% 上升到 >90 岁的 70%^[1]。预计到 2040 年,全球痴呆症人数将达到 8 110 万,中国将达到 2 200 万^[2]。同时,第二次全国残疾人调查数据显示,痴呆症是老年人群发生精

神残疾的主要原因(占 43.5%),主要引起一级精神残疾^[3]。痴呆症不仅严重影响患者的生存质量,也给其家庭和社会造成日益沉重的物质和精神负担^[4]。在中国,老年痴呆症常被认为是正常老化的过程,导致许多患者未得到及时的诊断和治疗^[5]。了解社区痴呆症未诊断水平对于正确评估卫生服务实际需求、延缓疾病进程具有一定的实际意义。为此,本研究于 2008 年 7 月—2009 年 10 月对中国五省(市)城乡地区 6 071 名≥60 岁的老年人进行面访调查,以了解痴呆症未诊断水平及其影响因素。现将结果报告如下。

1 对象与方法

1.1 对象 采用现况研究方法,在广东、黑龙江、山西省和上海市进行老年痴呆症流行病学研究,各省(市)均选择 1 个城市社区和 1 个农村社区作为研究现场,按照整群随机抽样方法确定样本人群,每个

* 基金项目: 英国 ART 基金会研究基金(ART/PPG2007B/2); 英国 BUPA 基金会研究基金(45NOV06); 国家自然科学基金青年科学基金(71103001); 安徽省教育厅人文社会科学基金项目(2010SK142)

作者单位: 安徽医科大学卫生管理学院卫生管理系, 安徽 合肥 230032

作者简介: 汪琦(1989-), 女, 安徽芜湖人, 硕士在读, 研究方向: 卫生政策与管理。

通讯作者: 陈若陵, E-mail: r_chen77@hotmail.com

社区/农村 ≥500 人,4 省(市)共抽取 4 599 名老年人。采用队列研究方法,选取安徽省老年痴呆症流行病学基线调查(2001—2003 年)中的 2 786 名老年人进行回访调查。所有调查对象均为在当地居住 ≥5 年、年龄 ≥60 岁、无严重耳聋或失语者。本次调查共发放问卷 7 385 份,回收有效问卷 6 071 份,有效率为 82.21%。

1.2 方法 由统一培训的调查员进行入户面访式问卷调查。调查工具为国际痴呆项目(“10/66”)的定式神经心理学评估工具^[6-11],可以有效诊断痴呆症。主要包括被试评估和知情人评估^[7-8]。(1)被试评估:包括老年精神状况量表(Geriatric Mental State, GMS)(社区简版第 3 版)^[7,9]、10 个词汇的学习测验^[10]、社区痴呆筛查量表(Community Screening Interview for Dementia, CSI-D)^[11]被试问卷部分、躯体神经系统检查和危险因素问卷^[9,12]。危险因素问卷是在英国利物浦大学精神卫生研究所 Copeland 教授设计的老年健康状况(Minimum Data Set, MDS)调查表^[9,12]基础上结合中国实际情况进行调整,包括一般社会学特征、自评状况、躯体疾病、社会联系与支持、生活事件、兴趣爱好和日常生活活动能力等。其中日常生活活动力量表(activity of daily life, ADL)^[12]由躯体生活自理量表和工具性日常生活力量表共同构成,共 14 项,每项采用

0~2 级评分:自己能够独立完成 0 分、自己完成有点困难 1 分、自己无法完成 2 分;ADL 评分 = 0 分判定为无损害,ADL 评分 ≥1 分判定为有损害。(2)知情人评估:包括 CSI-D^[11]知情人问卷部分、知情人背景资料、照料者问卷、病因和病史以及痴呆行为和心理学症状。

1.3 统计分析 GMS 量表使用与之相配套的 AGE-CAT 软件进行录入,并使用该软件相应的程序导出录入和诊断结果;危险因素问卷和相关因素调查表采用 Epi Data 4.0 软件进行双录入,应用 SPSS 18.0 软件进行 χ^2 检验和 logistic 回归分析。

2 结果

2.1 痴呆症未诊断水平 按照统一诊断程序,在 6 071 名研究对象中,确诊痴呆症病例 349 例。其中经知情人报告医生诊断为痴呆症的 21 例患者为诊断组;328 例尚未报告医生诊断者为未诊断组;未诊断水平为 93.98% (328/349)。

2.2 不同组别老年痴呆症患者特征比较(表 1) 诊断组与未诊断组老年痴呆症患者文化程度、居住地、最近亲人的居住距离、与社区朋友联系情况、需要时能否获得及时帮助、甲状腺功能、听力情况、ADL 评分、家族精神疾病史分布不同,差异均有统计学意义($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。

表 1 不同组别老年痴呆症患者特征比较

特征	诊断组		未诊断组		χ^2 值	P 值	
	例数	%	例数	%			
性别	男性	8	38.1	119	36.4	0.025	0.523
	女性	13	61.9	208	63.6		
年龄(岁)	60~74	5	23.8	120	37.3	2.271	0.321
	75~84	12	57.1	132	41.0		
	≥85	4	19.0	70	21.7		
文化程度	高中及以上	4	19.0	13	4.4	8.437	0.015
	小学/初中	5	23.8	69	23.4		
	文盲	12	57.1	213	72.2		
居住地	城市	13	61.9	134	40.9	3.588	0.049
	农村	8	52.8	194	59.1		
最近亲人的居住距离	同村/镇/市	14	66.7	248	85.2	5.012	0.034
	不同村/镇/市或无亲人	7	33.3	43	14.8		
与社区朋友联系情况	每天	4	20.0	80	27.4	6.252	0.044
	每月/每周 1 次或 1 周 2~3 次	4	20.0	116	39.7		
	几乎没有或从不	12	60.0	96	32.9		
需要时能否获得及时帮助	否	3	15.0	13	4.5	4.254	0.024
甲状腺功能亢进或低下	能	17	85.0	278	95.5	9.517	0.035
	无	18	90.0	288	99.0		
听力障碍	有	2	10.0	3	1.0	4.436	0.029
	无	5	25.0	144	49.3		
ADL 评分(分)	0	6	28.6	181	61.6	8.845	0.003
	≥1	15	71.4	113	38.4		
家族精神疾病史	无	18	85.7	325	99.1	20.884	0.003
	有	3	14.3	3	0.9		

2.3 老年痴呆症未诊断水平影响因素多因素 logistic 回归分析(表 2) 以“10/66”是否诊断老年

痴呆症为因变量,以单因素分析中有统计学意义的 9 个变量(文化程度、居住地、最近亲人的居住距离、

与社区朋友联系情况、需要时能否获得帮助、甲状腺功能情况、听力情况、ADL 评分和家族精神病史) 为自变量建立 logistic 回归模型, 并控制年龄和性别因素的影响。结果显示, 文化程度为文盲及小学/初中、需要时可获得及时帮助不利于老年痴呆症的检

出, 为诊断老年痴呆症的危险因素; 最近亲人的居住距离远或无亲人、ADL 评分 ≥ 1 分和有家族精神病史有利于老年痴呆症的检出, 为诊断老年痴呆症的保护因素。

表 2 中国五省(市)老年痴呆症未诊断水平影响因素多因素 logistic 回归分析

变量	参照组	β	S_x	Wald χ^2 值	P 值	OR 值	95% CI	
文化程度	小学/初中	高中及以上	1.61	0.770	4.430	0.035	5.00	1.12 ~ 22.40
	文盲		1.85	0.668	7.639	0.006	6.33	1.71 ~ 23.43
最近亲人的居住距离	不同村/镇/市或无亲人	同村/镇/市	-1.17	0.501	0.020	5.412	0.31	0.12 ~ 0.83
需要时能否获得及时帮助	能	否	1.63	0.729	4.999	0.025	5.10	1.22 ~ 21.28
ADL 评分(分)	≥ 1	0	-1.40	0.505	7.680	0.006	0.25	0.09 ~ 0.66
家族精神疾病史	有	无	-3.04	0.904	11.291	0.001	0.05	0.01 ~ 0.28

3 讨论

本研究结果显示, 中国五省(市)老年痴呆症未诊断水平比例高达 93.98%, 与 Jitapunkul 等^[13] 在泰国对 ≥ 60 岁老年人老年痴呆症未诊断水平的 95.6% 研究结果接近, 但低于 Collerton 等^[14] 采用标准化最低精神水平测验对 ≥ 85 岁老年人的未诊断水平(53%)。本研究结果显示, 相对文化程度高者, 文化程度低者痴呆症更不易被检测, 而西方国家相关队列研究未发现文化程度与痴呆症未诊断之间的关系^[15-16], 张振馨等^[5] 对北京、西安、上海、成都地区痴呆患者卫生保健现状调查研究显示, 照料者的低知晓度引发痴呆老人的低就诊和低治疗比例。因此, 痴呆症患者的文化程度与痴呆症未诊断之间的关系尚需进一步探讨。Sternberg 等^[16] 和 Callahan 等^[17] 的研究中, 痴呆症未诊断水平与社会支持和并发症之间的关系未得到证实。但 Sternberg 等^[16] 的研究显示, 一些机体功能受损能减少痴呆症未被诊断的风险。本研究结果显示, 并发症如日常生活活动能力受损和家族精神疾病史可能会促使老年患者就医, 提高痴呆症的发现机会。在中国, 家庭照料是痴呆症患者主要照料方式, 本研究发现高水平的社会支持与痴呆症未被诊断的高风险相关, 提示更应注意社会支持水平高但同时存在痴呆症特征或危险因素的老年人群。

综上所述, 政府和民众都应重视老年痴呆症这一社会性现象, 加强健康宣教, 树立正确的疾病观念。尤其应重视机体功能受损且具有痴呆症家族史、ADL 评分正常和社会支持相对良好的高危人群, 将有助于提高痴呆症的检出率, 降低未诊断水平。

参考文献

[1] Ferri CP, Prince M, Brayne C, et al. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study[J]. Lancet, 2005, 366: 2112-2117.
 [2] 李磊, 秦侠, 陈若陵, 等. 老年痴呆症发病状况及随访研究进展

[J]. 中国公共卫生, 2008, 24(10): 1179-1181.
 [3] 陈曦, 黄东锋, 林爱华, 等. 广东省成人精神残疾主要致残原因和对策分析[J]. 中国康复医学杂志, 2009, 24(10): 938-941.
 [4] 胡文生, 唐牟尼, 郑洪波, 等. 老年期痴呆患者在社区、老人院与住院中的经济负担研究[J]. 实用医学杂志, 2008, 24(10): 1821-1823.
 [5] 张振馨, 陈霞, 刘协和, 等. 北京、西安、上海、成都四地区痴呆患者卫生保健现状调查[J]. 中华医学科学院学报, 2004, 26(2): 116-121.
 [6] Chen RL, Ma Y, Wilson K, et al. A multicentre community-based study of dementia cases and subcases in older people in China—the GMS-AGECAT prevalence and socio-economic correlates[J]. Int J Geriatr Psychiatry, 2012, 27(7): 692-702.
 [7] 刘津, 李淑然. 老年精神状况量表(GMS)及其计算机诊断系统(AGECAT)[J]. 中国心理卫生杂志, 2001, 15(1): 19-21.
 [8] Copeland JR, Prince M, Wilson KC, et al. The geriatric mental state examination in the 21st century[J]. Int J Geriatr Psychiatry, 2002, 17: 729-732.
 [9] 秦侠, 胡志, 徐晓超, 等. GMS 量表自动诊断系统 AGECAT 的信度和效度评价[J]. 中国初级卫生保健, 2004, 18(4): 388-391.
 [10] Prince MJ, Rodriguez JL, Noriega L, et al. The 10/66 Dementia Research Group's fully operationalised DSM-IV dementia computerized diagnostic algorithm, compared with the 10/66 dementia algorithm and a clinician diagnosis: a population validation study[J]. BMC Public Health, 2008, 8: 219-230.
 [11] 刘津, 李淑然. 社区痴呆筛查量表(CSI-D)[J]. 中国心理卫生杂志, 2001, 15(4): 230-231.
 [12] 孙喜望, 赵超, 李琳琳, 等. 郑州市 ≥ 65 岁老年人健康预期寿命及影响因素[J]. 中国公共卫生, 2011, 27(7): 825-827.
 [13] Jitapunkul S, Chansirikanjana S, Thamarpirat J. Undiagnosed dementia and value of serial cognitive impairment screening in developing countries: a population-based study[J]. Geriatr Gerontol Int, 2009, 9(1): 47-53.
 [14] Collerton J, Davies K, Jagger C, et al. Health and disease in 85 year olds: baseline findings from the Newcastle 85+ cohort study[J]. BMJ, 2009, 339: 4904-4914.
 [15] Valcour VG, Masaki KH, Curb JD, et al. The detection of dementia in the primary care setting[J]. Arch Intern Med, 2000, 160(19): 2964-2968.
 [16] Sternberg SA, Wolfson C, Baumgarten M. Undetected dementia in community-dwelling older people: the Canadian Study of Health and Aging[J]. Journal of the American Geriatrics Society, 2000, 48(11): 1430-1434.
 [17] Callahan CM, Hendrie HC, Tierney WM. Documentation and evaluation of cognitive impairment in elderly primary care patients[J]. Ann Intern Med, 1995, 122: 422-429.