

文章编号:1003-2754(2019)09-0778-06

阿尔茨海默病和血管性认知障碍的精神行为症状特点对比分析

罗天飞¹, 梁婷婷², 赵 檬¹, 杨 宇¹

摘要: **目的** 对比分析阿尔茨海默病(AD)和血管性认知障碍患者的精神行为症状特点及相关危险因素。**方法** 回顾性分析2015年11月~2017年12月在吉林大学第一医院神经内科记忆门诊就诊的AD源性认知障碍患者447例和血管性认知障碍患者346例,对其进行神经心理学测试,根据临床痴呆评定量表(CDR)检测痴呆严重程度后分为4组(轻度认知功能障碍组、轻度痴呆组、中度痴呆组、重度痴呆组),进行神经精神量表(NPI)测试,结果再进行统计学分析。**结果** 和VaD组相对比,AD组痴呆的精神行为症状总体症状发生率(66.9%)高于VaD(58.7%),差异有统计学意义($P < 0.05$)。其中,AD组妄想(15.2%)和异常运动发生率(13.9%)均高于VaD组(9.5%、7.8%),有统计学意义($P < 0.05$)。相同痴呆程度发病率比较中,中度和重度痴呆组AD的BPSD总体发生率(88.0%、91.2%)高于VaD(64.3%、71.4%),差异有统计学意义($P < 0.05$)。相同痴呆程度下,AD和VaD的BPSD总体严重程度差异无统计学意义($P > 0.05$)。在中度痴呆组AD组的妄想、异常运动行为严重程度重于VaD,差异有统计学意义($P < 0.05$)。BPSD组中有饮酒史者(32.8%)多于非BPSD组(24.5%),且差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** AD和VaD的BPSD发生率均高,但AD组高于VaD组。其中妄想、异常运动行为更易发生在AD患者组。中重度痴呆的AD患者BPSD发生率均高于VaD患者。中度痴呆时,AD组妄想、异常运动行为的严重程度重于VaD。饮酒史是BPSD发生的独立危险因素。

关键词: 阿尔茨海默病; 血管性认知障碍; 精神行为症状

中图分类号: R749.1 **文献标识码:** A

A comparative analysis of behavioral and psychological symptoms of Alzheimer's disease and vascular cognitive impairment LUO Tianfei, LIANG Tingting, ZHAO Meng, et al. (Neuroscience Center, Department of Neurology, The First Hospital of Jilin University, Changchun 130021, China)

Abstract: **Objective** To investigate the comparative characteristics and related risk factors of behavioral and psychological symptoms of Dementia (BPSD) and in patients with Alzheimer's disease (AD) and vascular dementia (VaD). **Methods** We retrospectively analyzed patients who visited the neurology clinic at the First Hospital of Jilin University from November 2015 to December 2017. It was made of 447 patients with AD and 346 patients with VaD. According to Clinical Dementia Rating Scale (CDR) scores, patients were divided into different groups including mild cognitive impairment group, mild dementia groups, moderate dementia groups, severe dementia groups. Collect general clinical data of these patients and conduct Neuropsychiatric Inventory (NPI) scores, then summarizes the characteristics of BPSD symptoms in patients with dementia. Statistical analysis of the data was performed using SPSS 18.0 software. **Results** In the AD and VaD groups, the incidence of BPSD symptoms in AD (66.9%) was higher than that of VaD (58.7%), and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). The incidence of delusions (15.2%) and abnormal movement (13.9%) in the AD group was higher than that in the VaD group (9.5%, 7.8%). The difference in delusions and abnormal movement symptoms was statistically significant ($P < 0.05$). In the moderate dementia group, the incidence of BPSD in AD was 88.0%, which was higher than that in VaD 64.3%. The difference was statistically significant ($P < 0.05$). In severe dementia group, the incidence of BPSD in AD (91.2%) was higher than that in VaD (71.4%), with a significant difference ($P < 0.05$). There was no significant difference in the severity of BPSD between AD and VaD patients with the same degree of dementia ($P > 0.05$). In the moderate dementia group, the delusions and abnormal motor behaviors of the AD group were more severe than those of the VaD. The difference was statistically significant ($P < 0.05$). In the BPSD group (32.8%), there were more alcoholic history than non-BPSD group (24.5%), and the difference was statistically significant ($P = 0.011 < 0.05$). **Conclusion** The incidence of BPSD symptoms in the AD and VaD groups was both high, but that in AD group was higher than that in VaD group. We found that delusions and abnormal movement were more likely to occur in patients with AD group. The incidence of BPSD in moderate dementia and severe dementia groups AD was higher than VaD. In moderate dementia, the delusions and abnormal movement behavior in the AD group were more severe than VaD. Drinking history is an independent risk factor for BPSD.

Key words: Alzheimer's disease; Vascular dementia; Behavioral and psychological symptoms

痴呆的精神行为症状(Behavioral and psychological symptoms of dementia, BPSD)是痴呆患者常见的伴发症状,90%的痴呆患者在疾病不同阶段都可以出现^[1]。痴呆伴发的BPSD严重影响了患者和照料者的生活质量,同时也加速了患者的认知功能衰退。阿尔茨海默病(Alzheimer disease, AD)和血管性痴

收稿日期:2019-07-10;修订日期:2019-08-16

基金项目:国家自然科学基金青年科学基金项目(No. 81701293);科技部重大慢性非传染性疾病防控研究子课题(No. 2018YFC1312303-2);吉林省科技厅国际合作项目(No. 20180414041GH)

作者单位:(1. 吉林大学白求恩第一医院神经内科,吉林 长春 130021;2. 连云港市市立东方医院,江苏 连云港 222042)

通讯作者:杨 宇, E-mail: m15754306093@163.com

呆(vascular dementia, VaD)是最常见的两种痴呆类型。这两种类型痴呆的病理及生理基础不同,但其伴发的BPSD症状的临床特点有何不同之处尚不明确。本文就不同痴呆程度的AD及VaD患者BPSD发病特点进行了对比分析,达到BPSD早期识别、诊断及治疗的目的,或可为临床精准治疗或延缓疾病进程找到新的方向。

1 对象和方法

1.1 研究对象 选取2015年11月~2017年12月在吉林大学第一医院神经内科记忆门诊就诊的AD源性认知障碍患者447例,血管性认知障碍患者346例。其中男性392例,女性401例,年龄50~90岁,平均年龄(66.16±7.89)岁。对所有患者进行临床痴呆评定量表(CDR)测试,根据评分结果再分别分为4组,即CDR=0.5轻度认知功能障碍组:AD源性MCI组(amnestic mild cognitive impairment, a-MCI组)95例,血管源性认知障碍组(Vascular cognitive impairment not dementia, VCI-ND)45例,CDR=1轻度痴呆组:AD组86例, VaD组74例, CDR=2中度痴呆组:AD组66例, VaD组54例,和CDR=3重度痴呆组:AD组52例, VaD组30例。入选标准:(1)AD源性MCI组和AD组患者均符合2011年美国国家衰老研究所和阿尔茨海默病学会修订的NIA-AA诊断标准。Hachinski缺血量表(Hachinski Ischemic Scale, HIS)≤4分。(2)血管源性VCI-ND患者均符合加拿大健康与衰老研究的VCIND诊断。VaD患者均符合NINDS-AIREN诊断标准。Hachinski缺血量表评分≥7分。(3)近4w内未使用胆碱酯酶抑制剂、美金刚和其他改善认知药物及精神药品。(4)所有患者均有头部MRI或头部CT及相关实验室检查如叶酸、维生素B₁₂、甲状腺功能等。排除标准:(1)排除由其他中枢神经系统疾病导致的认知功能障碍的患者,如路易体痴呆、神经梅毒、颅内肿瘤等。(2)排除抑郁症、焦虑症、精神分裂症等精神障碍所致的认知功能障碍的患者。(3)排除由内科系统疾病导致的认知功能障碍患者,如甲状腺功能减退、低叶酸血症、维生素B₁₂缺乏血症等。(4)排除心脏、肝脏、肾脏等重要器官功能不全的患者。(5)饮酒史:WHO发布的2018全球酒精与健康现状报告表明,每日饮酒超过2 drinks(约24g酒精)对身体是有害的^[2],这大约相当于啤酒750ml,或葡萄酒250ml,或38度白酒75g或高度白酒50g。本研究考虑该标准为饮酒史标准。

1.2 神经心理学测试 对研究对象进行测试的人员需经过专门的神经心理学量表的培训,严格按照各类量表的使用说明进行测试。

(1)简易智能精神状态检查量表(Mini-mental

State Examination, MMSE):MMSE量表总分为0~30分。一般认为:当得分大于或等于27分认为认知功能正常,在21~26分时认为轻度认知功能障碍,在10~20分时认为中度认知功能障碍,分数低于10分时考虑为重度认知功能障碍。

(2)蒙特利尔认知评估量表(Montreal Cognitive Assessment, MOCA):MOCA量表用于空间与执行、记忆、注意、计算、语言、抽象、延迟回忆及定向力的八个认知领域的评估,受文化程度的影响,对于文化程度少于12年的总分值加1分。分数低于26分认为存在认知功能障碍。

(3)临床痴呆评定量表(Clinical Dementia Rating, CDR):CDR量表主要由测评者通过与患者及其家属的沟通获取相关信息,对其记忆、定向、判断与解决问题、工作及社交能力、家庭生活和爱好、独立生活能力6个方面进行评定,并得出最后得分。0分代表认知功能正常,0.5分是可疑痴呆,1分为轻度痴呆,2分是中度痴呆,3分为重度痴呆。

(4)神经精神量表(Neuropsychiatric Inventory, NPI):NPI量表由知情者提供患者最近1m的表现,评价痴呆患者12个方面的精神行为症状,主要有妄想、幻觉、激越、抑郁、焦虑、欣快、淡漠、脱抑制、易激惹、异常的运动行为、睡眠/夜间行为和食欲/进食障碍。每项症状得分为频率和严重程度的乘积。得分越高,BPSD症状越重。

1.3 数据统计分析 应用SPSS18.0统计学软件对数据进行统计学分析。

(1)正态分布的计量资料采用 t 检验或单因素方差分析,用 $\bar{x} \pm s$ 表示。

(2)计数资料采用卡方检验。

(3)危险因素分析采用Logistic回归分析。

(4)当 $P < 0.05$ 时表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 AD和VaD患者BPSD症状发生率比较

2.1.1 AD和VaD患者BPSD总体发生率及各项症状发生率比较 在AD和VaD组中,AD组高于VaD组,BPSD总体发生率分别为66.9%和58.7%,差异有统计学意义($P < 0.05$)(见图1A)。再对BPSD的12种症状进行统计,结果显示,妄想症状(AD组15.2% > VaD组9.5%)、异常运动(AD组13.9% > VaD组7.8%),差异均有统计学意义($P < 0.05$)。余各项BPSD症状发生率差异无统计学意义($P > 0.05$)(见表1、图1B)。

2.1.2 不同痴呆程度AD和VaD患者BPSD总体发生率的比较 不同痴呆程度组中,比较AD和VaD患者BPSD的总体发生率。在轻度认知功能障碍组和轻度痴呆组中,AD和VaD的BPSD总体

发生率差异无统计学意义($P > 0.05$)。在中度痴呆组中, BPSD 总体发生率 AD 组 88% > VaD 组 64.3%, 差异有统计学意义($P = 0.001 < 0.05$), 在重度痴呆组, BPSD 总体发生率 AD 组 91.2% > VaD 组 71.4%, 差异有统计学意义($P = 0.014 < 0.05$) (见表 2、图 2)。

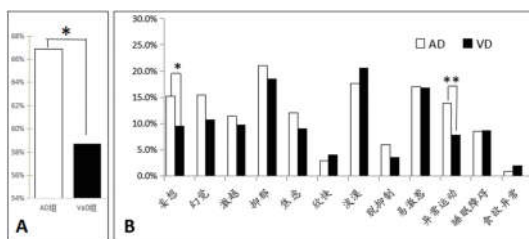
2.2 AD 和 VaD 患者 BPSD 症状严重程度的比较

2.2.1 不同痴呆程度 AD 和 VaD 患者 BPSD 症状总体严重程度的比较 不同痴呆程度的各组中, 分别比较 AD 和 VaD 患者 BPSD 症状的严重程度。在 4 组中 AD 和 VaD 的 BPSD 的严重程度差异无统计学意义($P > 0.05$) (见表 3)。但在 4 组中 BPSD 的严重程度随痴呆加重有加重趋势(见图 3)。

2.2.2 不同痴呆程度 AD 和 VaD 患者 BPSD 各项症状严重程度比较 在轻度认知功能障碍组、轻度痴呆组和重度痴呆组, AD 和 VaD 的 BPSD 各项症状严重程度无统计学差异($P > 0.05$)。在中度痴呆组, AD 组妄想、异常运动行为严重程度高于 VaD, 差异有统计学意义($P < 0.05$) (见表 4、表 5)。

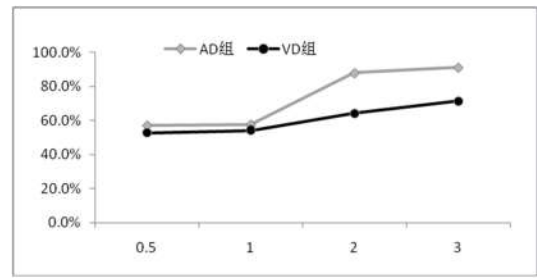
2.3 BPSD 相关危险因素的单因素分析 将 793 例痴呆患者按 NPI 得分分为两组, 即 NPI > 0 为 BPSD 组、NPI = 0 为非 BPSD 组。结果显示, BPSD 组与非 BPSD 组患者中性别、年龄、文化程度、高血压、糖尿病、有吸烟史者分布差异无统计学意义($P > 0.05$)。BPSD 组中(32.8%)有饮酒史者多于非 BPSD 组(24.5%), 且差异有统计学意义($P = 0.011 < 0.05$) (见表 6)。

以高血压、糖尿病、吸烟史、饮酒史为因变量, 有无 BPSD 为自变量进行 Logistic 回归分析, 结果显示饮酒史为 BPSD 的独立危险因素。有饮酒史的患者患 BPSD 的风险是非饮酒者的 1.492 倍(见表 7)。



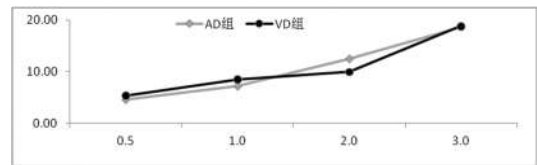
注: A 为 AD 及 VaD 患者 BPSD 症状总体发生率比较, 纵轴表示 BPSD 症状总体发生率。B 为两组各项症状发生率比较, 横轴表示 BPSD 各项症状, 纵轴表示 AD 和 VaD 组 BPSD 各项症状发生率。
*: AD 组与 VaD 组相比, $P < 0.05$, **: $P < 0.01$

图 1 AD 和 VaD 患者 BPSD 总体及各项症状发生率



注: 横轴表示 CDR 得分, 即 CDR = 0.5 (轻度认知功能障碍组)、CDR = 1 (轻度痴呆组)、CDR = 2 (中度痴呆组) 和 CDR = 3 组 (重度痴呆组), 纵轴表示 BPSD 总体发生率

图 2 AD 和 VaD 患者 BPSD 总体发生率的比较



注: 横轴表示 CDR 得分, 即 CDR = 0.5 (轻度认知功能障碍组)、CDR = 1 (轻度痴呆组)、CDR = 2 (中度痴呆组) 和 CDR = 3 组 (重度痴呆组), 纵轴表示各组 BPSD 的 NPI 平均数

图 3 AD 和 VaD 患者 BPSD 总体严重程度的比较

表 1 AD 和 VaD 患者 BPSD 的各项症状比较 (n, %)

组别	AD 组 (n = 447)	VaD 组 (n = 346)	χ 值	P 值
妄想	68 (15.2)	33 (9.5)	5.651	0.017 *
幻觉	69 (15.4)	37 (10.7)	3.788	0.052
激越	51 (11.4)	34 (9.8)	0.511	0.475
心境恶劣	94 (21.0)	64 (18.5)	0.784	0.376
焦虑	54 (12.1)	31 (9.0)	1.985	0.159
欣快	13 (2.9)	14 (4.0)	0.768	0.381
淡漠	79 (17.7)	71 (20.5)	1.031	0.31
脱抑制	26 (5.8)	12 (3.5)	2.357	0.125
易激惹	76 (17.0)	58 (16.8)	0.008	0.929
异常运动	62 (13.9)	27 (7.8)	7.205	0.007 **
睡眠紊乱	38 (8.5)	30 (8.7)	0.007	0.933
食欲异常	4 (0.9)	7 (2.0)	1.815	0.178
NPI 总分	299 (66.9)	203 (58.7)	5.673	0.017 *

注: * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$

表 2 AD 和 VaD 患者 BPSD 总体发生率的比较

组别	AD 组	VaD 组	χ^2 值	P 值
轻度认知功能障碍	95 (57.2)	45 (52.9)	0.546	0.503
轻度痴呆	86 (57.7)	74 (54.4)	0.2	0.72
中度痴呆	66 (88.0)	54 (64.3)	12.037	0.001 **
重度痴呆	52 (91.2)	30 (71.4)	6.665	0.014 *

注: 中度痴呆时, AD 组与 VaD 组相比 ** $P < 0.01$; 重度痴呆时, AD 组与 VaD 组相比 * $P < 0.05$

表3 AD和VaD患者BPSD总体严重程度的比较

组别	AD组	VaD组	t值	P值
轻度认知功能障碍组	4.59 ± 3.16	5.38 ± 2.87	-0.805	0.422
轻度痴呆组	7.18 ± 6.65	8.53 ± 5.95	-1.017	0.31
中度痴呆组	12.50 ± 4.22	9.98 ± 3.93	0.178	0.158
重度痴呆组	18.69 ± 6.82	18.83 ± 6.53	0.493	0.967

表4 轻度认知功能障碍组和轻度痴呆组BPSD各项症状严重程度的比较

	轻度认知功能障碍组				轻度痴呆组			
	a-MCI组(n=95)	VCI-ND组(n=45)	t值	P值	AD组(n=86)	VaD组(n=74)	t值	P值
妄想	0.47 ± 1.70	0.22 ± 0.70	0.936	0.351	0.89 ± 2.39	0.76 ± 2.44	0.359	0.72
幻觉	0.21 ± 0.99	0.62 ± 2.12	-1.228	0.225	0.65 ± 2.00	0.84 ± 2.56	-0.527	0.599
激越	0.21 ± 0.75	0.47 ± 1.52	-1.082	0.284	0.51 ± 1.40	0.50 ± 1.86	0.023	0.982
心境恶劣	1.29 ± 2.26	0.80 ± 2.07	1.235	0.219	0.81 ± 2.03	1.12 ± 2.45	-0.873	0.384
焦虑	0.54 ± 1.71	0.33 ± 1.33	0.721	0.472	0.56 ± 2.11	0.47 ± 1.71	0.298	0.766
欣快	0.13 ± 0.86	0.20 ± 1.12	-0.423	0.673	0.27 ± 1.27	0.22 ± 1.09	0.288	0.774
淡漠	0.48 ± 1.13	0.87 ± 1.83	-1.308	0.196	0.76 ± 1.95	1.31 ± 2.65	-1.46	0.147
脱抑制	0.15 ± 0.95	0.27 ± 1.37	-0.607	0.545	0.76 ± 2.38	0.41 ± 2.07	1.009	0.314
易激惹	0.73 ± 1.79	1.16 ± 2.68	-0.974	0.334	0.76 ± 1.66	1.57 ± 3.36	-1.867	0.065
异常运动	0.07 ± 0.46	0.33 ± 1.48	-1.156	0.253	0.91 ± 2.63	0.46 ± 1.87	1.247	0.214
睡眠紊乱	0.31 ± 1.64	0.07 ± 0.33	1.411	0.161	0.28 ± 1.25	0.80 ± 2.65	-1.528	0.13
食欲异常	0.01 ± 1.10	0.04 ± 0.21	-1.038	0.304	0.00 ± 0.00	0.08 ± 0.49	-1.424	0.159
NPI	4.59 ± 2.16	5.38 ± 3.87	-0.805	0.422	7.18 ± 3.65	8.53 ± 3.95	-0.991	0.324

表5 中度和重度痴呆患者BPSD各项症状严重程度的比较

	中度痴呆组				重度痴呆组			
	AD组(n=66)	VaD组(n=54)	t值	P值	AD组(n=52)	VaD组(n=30)	t值	P值
妄想	1.56 ± 1.20	0.54 ± 0.86	2.188	0.031 *	2.79 ± 4.74	1.93 ± 3.90	0.882	0.381
幻觉	2.06 ± 3.76	1.26 ± 3.33	1.222	0.224	2.23 ± 3.47	1.73 ± 3.11	0.649	0.518
激越	0.77 ± 2.18	0.74 ± 0.05	0.082	0.935	1.44 ± 3.56	2.30 ± 1.49	-0.954	0.343
心境恶劣	0.86 ± 1.27	0.78 ± 1.33	0.204	0.839	1.00 ± 2.70	1.07 ± 2.75	-0.107	0.915
焦虑	0.76 ± 1.72	0.63 ± 2.41	0.339	0.735	1.46 ± 3.42	1.93 ± 1.48	-0.598	0.552
欣快	0.06 ± 0.30	0.70 ± 2.40	-1.963	0.055	0.23 ± 1.17	0.30 ± 1.47	-0.235	0.814
淡漠	1.33 ± 2.99	1.74 ± 3.41	-0.698	0.487	2.04 ± 3.68	3.03 ± 3.83	-1.161	0.249
脱抑制	0.36 ± 1.63	0.46 ± 1.89	-0.309	0.758	0.65 ± 2.33	0.07 ± 0.37	1.783	0.08
易激惹	1.26 ± 2.65	0.87 ± 2.30	0.845	0.4	1.25 ± 2.87	1.90 ± 3.92	-0.862	0.391
异常运动	1.94 ± 0.34	0.83 ± 0.37	2.118	0.036 *	3.62 ± 4.77	2.03 ± 4.06	1.593	0.116
睡眠紊乱	1.35 ± 3.33	1.41 ± 3.32	-0.097	0.923	1.94 ± 3.99	2.50 ± 4.67	-0.572	0.569
食欲异常	0.14 ± 0.99	0.02 ± 0.14	0.867	0.388	0.02 ± 0.14	0.03 ± 1.18	-0.394	0.694
NPI	12.50 ± 4.22	9.98 ± 3.93	1.421	0.158	18.69 ± 6.82	18.83 ± 6.53	-0.041	0.967

注: * P < 0.05

表6 BPSD组与非BPSD组一般资料

组别	BPSD组(n=467)	非BPSD组(n=326)	χ 值 t值	P值
男/女	226(48.4%)/241(51.6%)	165(50.5%)/161(49.5%)	0.845	0.358
年龄/岁	67.04 ± 9.62	65.86 ± 8.28	2.982	0.477
文化程度/年	10.79 ± 4.03	10.24 ± 4.21	0.003	0.46
高血压	214(45.9)	148(45.3)	0.034	0.854
糖尿病	101(21.7)	60(18.3)	1.313	0.252
吸烟史	107(23.0)	92(28.1)	2.736	0.098
饮酒史	153(32.8)	80(24.5)	6.485	0.011

表7 BPSD危险因素 Logistic 回归分析

危险因素	OR值	95% CI	P值
高血压	0.971	0.686 ~ 1.374	0.868
糖尿病	1.032	0.659 ~ 1.614	0.892
吸烟史	0.359	0.205 ~ 0.627	0.062
饮酒史	1.492	1.030 ~ 2.162	0.034*

注: * $P < 0.05$

3 讨论

痴呆是一种以获得性认知功能障碍为核心,且患者的日常生活、社会交往和工作能力明显减退的综合征,常伴有不同程度的人格改变。常见的病因有中枢神经系统变性病(阿尔茨海默病、路易体痴呆等)和非变性病痴呆(脑肿瘤、感染、外伤等)。AD和VaD是目前最常见的两种痴呆类型,大部分患者在疾病的不同时期伴发BPSD症状,且BPSD或可加重痴呆患者疾病进展,给社会和家庭带来巨大负担,两种痴呆临床表现类似,但病理和生理基础不同。目前对于BPSD的治疗,应更重视早期发现及早期干预,而非症状严重后的药物治疗^[3]。目前的研究多集中在AD引起的BPSD症状,VaD引起的BPSD知之甚少。因此找到痴呆伴发BPSD症状的特点,对早期诊断和识别尤为重要。

据研究,AD患者各脑区的神经纤维不同程度受损,尤以颞叶和胼胝体为著^[4],因此AD患者记忆力和学习能力损害较突出。VaD是由于缺血缺氧和出血性脑损伤所引起的进行性智能减退,主要是脑皮质下白质的神经细胞损伤,因此VaD患者注意力和计算力下降更严重。据相关数据统计,我国血管性痴呆的患病率为1.1%~3.0%,并且呈逐年递增趋势^[5]。

有研究发现在痴呆的病程中超过90%的患者会出现至少一种BPSD症状^[6],其总发生率随痴呆程度加重而增加,但也有报道中度痴呆较重度痴呆患者BPSD的发生率更高,Thompson等^[7]亦报道BPSD随痴呆程度加重而增加。AD和VaD患者往往伴有不同程度的精神行为症状。关于AD和VaD患者BPSD的发生率目前尚无统一意见。李培忠^[8]报道AD患者BPSD发生率较VaD高,AD出现异常运动患者的比例较VaD多。AD早期即可出现内嗅皮质到海马结构的神经元纤维缠结,晚期可累及到新皮质。伴精神病性症状的AD患者新皮质的神经元纤维缠结密度是不伴精神病性症状患者的2~3倍,存在于额叶中部、颞叶前1/3或顶叶下部^[9]。据研究,淡漠与额顶颞叶脑区的低灌注和活动减少有关,肯定与认知功能、日常生活能力和整体的痴呆程度相关,尤其是执行功能关系密切,VaD的脑皮质下白质的神经细胞损伤更易发生情感功能障碍,显著影响执行功能,因此VaD淡漠较AD发生率更高。Pinto等^[10]报道AD组妄想、幻觉和激越较VaD组更易发生。Ikeda等^[11]研究的60例痴呆患者中,88.3%有一项或多项BPSD症状,许多阳性症状如妄想及异常运动行为AD组明显多于VaD组。我们的研究结果与目前的研究结果基本一致,AD和VaD患者的BPSD症状发生率均高,AD的BPSD发生率66.9%高于VaD组的58.7%,比相关报道稍低^[12]。其中妄想和异常运动在AD组更易发生,且差异有统计学意义。

Hugo等^[13]首次报道痴呆的BPSD与认知损害程度非线性相关,他们认为中度痴呆的BPSD发生率更高。本研究中我们通过NPI量表测试比较不同

痴呆程度两组患者 BPSD 发生率,我们发现中度和重度痴呆的 AD 患者 BPSD 发生率均高于 VaD。

本研究中我们发现,痴呆患者 BPSD 症状严重程度会随痴呆程度加重而有上升趋势。痴呆患者的 BPSD 症状可发生在痴呆的任何一个阶段,并常是几个症状共同发生,Chakraborty 等考虑其与 5-HT 系统密切相关,并且是治疗 BPSD 的重点^[14]。Serra 发现妄想与右侧海马的灰质体积有关^[15]。有学者认为妄想与海马神经炎性斑、神经元纤维缠结在额叶中部皮质的增加、黑质肾上腺素相对保留和海马 5-HT 水平降低等多种神经变性变化相关^[16]。Roman 等^[17]的研究表示 VaD 患者中认知损害的严重程度与 BPSD 症状无明显相关,但是另有研究表明 VaD 中 BPSD 的严重程度与痴呆程度密切相关^[18]。在 VCI-ND 时期或血管性认知障碍的早期阶段,认知功能损伤较轻,以致常被患者和家属忽略,而抑郁、淡漠和易激惹症状早期即可出现,提示我们警惕 BPSD 症状的发生。其中在中度痴呆组,AD 组妄想、异常运动行为严重程度高于 VaD 组。

BPSD 不仅可造成痴呆患者本人的痛苦体验,也可能加重认知障碍,加速疾病进程,加重照料者的负担,是困扰痴呆患者和照料者的常见原因,同时增加社会负担,因此找出 BPSD 的危险因素,及时进行有效的预防措施至关重要。病程、性别、发病前性格、代谢综合征、高同型半胱氨酸血症等均可能为 BPSD 的影响因素。本研究发现饮酒史是 BPSD 的独立危险因素。本研究中对患者饮酒因素进行评定,结果考虑饮酒与痴呆患者 BPSD 症状密切相关,当然不同的性别、年龄、不同品牌的酒类,BPSD 症状也应有所不同。

[参考文献]

- [1] Chiu MJ, Chen TF, Yip PK, et al. Behavioral and psychological symptoms in different types of dementia [J]. J Formos Med Assoc, 2006, 105(7):556-562.
- [2] WHO. Global status report on alcohol and health 2018 [M]. Switzerland: World Health Organization, 2018. 14-15.
- [3] Bessey LJ, Walaszek A. Management of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia [J]. Curr Psychiatry Rep, 2019, 21(8):66.
- [4] 赵路清, 胡风云. 山西部队老年人不宁腿综合征的流行病学调查

- [J]. 中华医学杂志, 2015, 95(5):382-385.
- [5] 邵淋淋, 李飞. 血管性痴呆患者门诊就医状况的调查分析 [J]. 中国现代医生, 2013, 51(1):10-11, 14.
- [6] Ballard C, Corbett A, Chitramohan R, et al. Management of agitation and aggression associated with Alzheimer's disease; controversies and possible solutions [J]. Curr Opin Psychiatry, 2009, 22(6):532-540.
- [7] Thompson C, Brodaty H, Trollor J, et al. Behavioral and psychological symptoms associated with dementia subtype and severity [J]. Int Psychogeriatr, 2010, 22(2):300-305.
- [8] 李培忠. 血管性痴呆与阿尔茨海默病患者认知功能及精神行为症状比较 [J]. 临床医学研究与实践, 2017, 2(11):34-35.
- [9] Farber NB, Rubin EH, Newcomer JW, et al. Increased neocortical neurofibrillary tangle density in subjects with Alzheimer disease and psychosis [J]. Arch Gen Psychiatry, 2000, 57(12):1165-1173.
- [10] Pinto C, Seethalakshmi R. Behavioral and psychological symptoms of dementia in an Indian population; comparison between Alzheimer's disease and vascular dementia [J]. Int Psychogeriatr, 2006, 18(1):87-93.
- [11] Ikeda M, Fukuhara R, Shigenoku K, et al. Dementia associated mental and behavioral disturbances in elderly people in the community; findings from the first Nakayama study [J]. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 2004, 75(1):146-148.
- [12] Maga MS, Cummings JL, Piorello T, et al. The spectrum of behavioral changes in Alzheimer's disease [J]. Neurology, 1996, (46):130-135.
- [13] Lovheim H, Sandman PO, Karlsson S, et al. Behavioral and psychological symptoms of dementia in relation to level of cognitive impairment [J]. Int Psychogeriatr, 2008, 20(4):777-789.
- [14] Chakraborty S, Lennon JC, Malkaram SA, et al. Serotonergic system, cognition, and BPSD in Alzheimer's disease [J]. Neurosci Lett, 2019, 704:36-44.
- [15] Serra L, Perri R, Cercignani M, et al. Are the behavioral symptoms of Alzheimer's disease directly associated with neurodegeneration [J]. J Alzheimers Dis, 2010, 21(2):627-639.
- [16] Chun JA, Cummings JL. Neurobehavioral and neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease; characteristics and treatment [J]. Neurol Clin, 2000, 18(4):829-846.
- [17] Roman GC, Tatemichi TK, Erkinjuntti T, et al. Vascular dementia; Diagnostic criteria for research studies [J]. Neurology, 1993, 43(2):250-260.
- [18] Thompson C, Brodaty H, Trollor J, et al. Behavioral and psychological symptoms associated with dementia subtype and severity [J]. Int Psychogeriatr, 2010, 22(2):300-305.