

上海市长宁区某社区老年人群轻度认知障碍与中医体质类型的关联分析

徐蕾¹, 张敏², 王雯雯³, 余力⁴, 朱旭婷⁴, 吕晓蕊³

1. 上海市长宁区妇幼保健院(所), 上海 200050; 2. 上海市徐汇区斜土街道社区卫生服务中心, 上海 200032;
3. 上海市长宁区华阳街道社区卫生服务中心, 上海 200042; 4. 上海市长宁区疾病预防控制中心, 上海 200051

摘要:

【目的】研究老年人群轻度认知障碍(MCI)与中医体质类型之间的关联,为控制老年认知障碍发生提供依据。**【方法】**以上海市长宁区某社区≥65岁参加社区老年体检者为研究对象,采用画钟试验与极早期失智症筛查量表(AD8)、蒙特利尔认知评估量表(MoCA)与简易智力状态检查量表(MMSE)的方法进行认知功能评估,根据《2018中国痴呆与认知障碍诊治指南》,结合评估结果与临床病史作为MCI诊断标准;采用现况调查方法,通过问卷询问收集研究对象的基本信息、慢性患病情况;根据《老年人生活自理能力评估表》评估老年人的生活自理能力;根据《中医药健康管理服务规范》确定老年研究对象的中医体质类型;分析MCI的检出率与性别、文化、慢性病及中医体质类型的关联。**【结果】**共调查2 351名老年人,其中男性1 037人,女性1 314人,平均年龄(74.11±6.15)岁(65~96岁)。其中确诊MCI共174人,占7.40%,各种体质老年人MCI检出率最高的为气郁质(10.8%),其次是湿热质(9.1%)和气虚质(8.4%)。多因素logistic回归分析显示,年龄大、文化程度低、结核病史及湿热质、气郁质、气虚质体质是MCI的可能影响因素。**【结论】**湿热质、气郁质、气虚质等中医体质类型与MCI之间存在一定的关联,建议将中医技术融入老年人群的健康管理服务,对偏颇体质者进行针对性干预,从而控制MCI的发生风险。

关键词: 认知功能; 轻度认知障碍; 中医体质; 体质类型; 老年人

中图分类号: R1 **文献标志码:** A **DOI:** 10.19428/j.cnki.sjpm.2024.24269

引用格式: 徐蕾,张敏,王雯雯,等.上海市长宁区某社区老年人群轻度认知障碍与中医体质类型的关联分析[J].上海预防医学,2024,36(11):1070-1075.

Correlation analysis between mild cognitive impairment and the traditional Chinese medicine body constitution types among the elderly in a community in Changning District, Shanghai

XU Lei¹, ZHANG Min², WANG Wenwen³, YU Li⁴, ZHU Xuting⁴, LYU Xiaorui³

1. Maternal and Child Health Center of Changning District, Shanghai 200050, China; 2. Community Health Service Center in Xietu Street of Xuhui District, Shanghai 200032, China; 3. Community Health Service Center in Huayang Street of Changning District, Shanghai 200042, China; 4. Center for Disease Control and Prevention in Changning District, Shanghai 200051, China

Abstract: [Objective] To investigate the correlation between mild cognitive impairment (MCI) and traditional Chinese medicine (TCM) body constitution types in the elderly, and to provide an evidence for the control of cognitive impairment in the elderly. **[Methods]** The elderly aged 65 and above who participated in the community physical examinations in a community of Changning District, Shanghai were selected as the research subjects. The cognitive function was assessed by using the Clock Drawing Test combined with the Ascertain Dementia 8-item Questionnaire (AD8), the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) and the Mini-mental State Examination (MMSE). The diagnostic criteria for MCI was identified based on the 2018 Chinese Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Dementia and Cognitive Disorders, along with the assessment results and clinical history information. The current investigation method was used to collect the basic information and the prevalence of chronic disease of the subjects through questionnaire inquiries. The elderly subjects' ability to take care of themselves was evaluated based on the Elderly Self-Care Ability Evaluation Scale, while the TCM body constitution types were determined based on the Chinese Medicine Health Care Management Service Specification. The association of the detection rate of MCI with gender, education level, history of chronic disease and TCM body constitution types were analyzed lastly. **[Results]** A total of 2 351 elderly people were investigated, including 1 037 males and 1 314 females, with an average age of (74.11±6.15) years. 174 subjects, accounting for 7.40%, were identified with MCI. The highest detection rate of MCI in the elderly are those with a Qi stagnation constitution (10.8%), followed by those with a dampness-heat constitution (9.1%) and a Qi deficiency constitution (8.4%). Multivariate logistic regression analysis showed that advanced age, lower educational level, a history of tuberculosis, and TCM constitutions such as dampness-heat, Qi stagnation, and Qi deficiency were the potential risk factors for MCI. **[Conclusion]** There is a significant association between TCM constitution types such as dampness-heat, Qi stagnation, and Qi deficiency with MCI. TCM techniques can be integrated into the health management services for the elderly population, and targeted interventions can be provided to those with imbalanced constitution types so as to reduce the risk of MCI.

Keywords: cognitive function; mild cognitive impairment; traditional Chinese medicine constitution; constitution type; elderly people

【基金项目】 上海市长宁区科学技术委员会科研项目 (CNKW2018Y)

【作者简介】 徐蕾,女,硕士,主任医师;研究方向:公共卫生与妇幼保健;E-mail: ziziqu@126.com

【通信作者】 吕晓蕊, E-mail: 35605364@qq.com

轻度认知障碍(mild cognitive impairment, MCI)是介于正常老化与痴呆之间的一种状态^[1-3],处于这种状态的人存在超出自身年龄和文化允许的记忆障碍,但社会职业和日常生活功能不受影响,被认为是痴呆的早期或前期阶段。我国痴呆患者中,60%以上是阿尔茨海默病(Alzheimer's disease, AD)^[4],临床期认知障碍易识别,但治疗难,现有的AD治疗药物能改善症状,但不能预防发病或逆转病程^[5]。MCI阶段是公认的干预和延缓AD的窗口期,是实施干预和预防痴呆的最佳时期^[6-7]。因此,MCI的及早识别与干预,对延缓认知障碍发展而言非常重要。近年来,MCI与中医体质的研究以MCI的中医体质分布较多见,MCI的发生与偏颇体质的相关性研究较少^[8-10],且MCI的易感体质存在一定的争议,两者之间的关联可能也存在地域、季节、年龄等因素的影响^[8-9,11-13]。本研究探讨≥65岁老年人群中MCI的发生情况及影响因素,以及中医体质与MCI之间的关联,旨在为预防和减少老年人群AD的发病及其健康管理提供参考。

1 对象与方法

1.1 研究对象

1.1.1 对象来源 上海市长宁区某社区≥65岁参与社区体检的老年人群。纳入标准:≥65岁;已在该社区居住不少于6个月;参加社区组织的老年人体检;知情同意,能配合完成相关调查和评估。排除标准:近半年内参与过类似研究;因语言能力受限或其他严重基础性疾病不能配合完成主要信息采集、中医体质与认知功能评估。

1.1.2 样本量估算 查阅既往文献,我国MCI患病率约为14.4%^[6],根据 $n=400q/p$, p 为预期现患率, $q=1-p$,估算样本量为2378人。该社区≥65岁的老年人中,实际参与社区体检的老年人共2351人,以整群抽样均纳入研究。

1.2 认知功能评价与诊断方法

1.2.1 认知功能评价方法 在课题组认知功能评估专家的建议下,采取两步走、联合应用评估量表的方法进行认知功能评估。其中,第一阶段采用画钟试验与极早期失智症筛检量表(extremely early dementia screening scale, AD8),由2351位老年人在体检时进行自评,以AD8量表回答“是,有变化”达2项以上且画钟试验得分≤3分,评价为阳性,即“可能存在认知功能下降”;第二阶段采用简易智力状态检查量表(Minimental State Examination, MMSE)与蒙特利尔认知评估量表(Montreal Cognitive Assessment, MoCA),由经过培训的专业人员进行评估,MMSE量表以“文盲≤17分,小

学≤20分,中学及以上≤24分”为界划分“痴呆”,MoCA量表以“小学≤19分,中学≤22分,大学≤24分”为界划分MCI。第二阶段评估对象共536人,包括第一阶段所有自评为阳性的老年人400人,考虑第一阶段自评可能存在假阴性情况,根据专家建议按阳性与阴性结果3:1的比例进行抽样,在相同年龄组及相近居委中随机抽取136位自评阴性的老年人为研究对象。

1.2.2 认知功能诊断标准 依据《2018中国痴呆与认知障碍诊治指南》^[1],MCI的诊断标准为:①患者或知情者报告,或有经验的临床医师发现认知的损害;②存在一个或多个认知功能域损害的客观证据(来自认知测验);③复杂的工具性日常能力可以有轻微损害,但保持独立的日常生活能力;④尚未达到痴呆的诊断。痴呆的诊断^[14]为至少具备以下5项中的2项:①记忆及学习能力受损;②推理、判断及处理复杂任务等执行功能受损;③视空间能力受损;④语言功能受损(听、说、读、写);⑤人格、行为或举止改变。

1.2.3 MCI的诊断方法 经两阶段评估后,以两阶段评价结果均为“正常”者判断为认知功能正常;结合临床诊断,以第二阶段MoCA量表评价为“MCI”但MMSE量表评价为“正常”者判断为MCI;以MoCA量表评价为“MCI”且MMSE量表评价为“痴呆”者判断为痴呆。

1.3 中医体质辨识方法

依据《国家基本公共卫生服务规范(第三版)》^[15]中《中医药健康管理服务规范》,由经过培训的社区工作人员向研究对象询问并记录老年人中医药健康管理服务记录表的前33项问题,并将信息录入社区中医体质辨识信息系统,由信息系统根据内设的《中医药健康管理服务规范》所附的体质判定标准,将个体体质辨识为气虚质、阳虚质、阴虚质、痰湿质、湿热带、血瘀质、气郁质、特禀质、平和质等9种不同体质类型。

1.4 研究方法

采用现况研究方法,调查内容包括调查对象的基本信息(性别、年龄、文化程度、婚姻状态等)、生活自理能力、常见慢性病患病情况[高血压、糖尿病、冠心病、脑卒中、恶性肿瘤、结核病、慢性阻塞性肺疾病(COPD)、肾病等]、中医体质类型及认知功能等,由社区卫生服务中心工作人员在老年人体检时面对面询问、记录。其中,常见慢性病患病情况由老年人自报,所在居委的家庭医生团队成员记录并把关病史信息;调查对象的生活自理能力根据《国家基本公共卫生服务规范(第三版)》^[15]中《老年人健康管理服务规范》附件老年人生活自理能力评估表的评分方法进行评价分

类。本研究获得上海市长宁区疾病预防控制中心伦理委员会批准(2018-1)。

1.5 统计学分析

使用SPSS 22.0软件进行统计分析,用最大值、最小值、均数±标准差描述计量资料,用频数和构成比描述分类资料;用t检验进行计量资料的单因素分析,用 χ^2 检验、Fisher精确概率检验进行分类资料的单因素分析;以是否被判定为MCI为因变量,以性别、年龄、文化程度、常见慢病患病情况、中医体质类型等因素为自变量,用logistic回归分析进行多因素分析。检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 基本情况

2 351位老年人中,男性1 037人(占44.1%),女性1 314人(占55.9%);最小年龄65岁,最大年龄96岁,平均年龄(74.11±6.15)岁;汉族2 341人(占99.6%);文化程度构成中,文盲及半文盲21人(占0.9%),小学654人(占27.8%),初中947人(占40.3%),高中与中专571人(占24.3%),大专及以上158人(占6.7%);已婚748人(占31.8%),独居(丧偶、离婚、未婚)122人(占5.2%),不详1 481人(占63.0%)。

2.2 MCI患病情况

本次研究经两阶段、联合应用量表评估,并结合临床诊断,明确为MCI的老年人共174人,在2 351位老年人中占比7.40%。

2.3 生活自理能力及常见慢性病患病情况

2 351位老年人中,99.2%的人生活可自理(表1);自报慢性病中,高血压的比例最高(72.9%),冠心病(44.2%)和脑卒中(43.4%)次之。见表2。

表1 老年人群生活自理能力

Table 1 Self-care ability of the elderly participants

| 生活自理能力 Self-care ability | 人数 No. of participants | 构成比 Constituent ratio/% |
|-----------------------------|---------------------------|----------------------------|
| 可自理 Self-care | 2 333 | 99.2 |
| 轻度依赖 Mild dependence | 10 | 0.4 |
| 中度依赖 Moderate dependence | 4 | 0.2 |
| 不能自理 Inability of self-care | 4 | 0.2 |
| 合计 Total | 2 351 | 100.0 |

2.4 中医体质分布情况

2 351位老年人中,中医体质以平和质(42.2%)、气虚质(37.5%)、阳虚质(28.0%)最为多见(表3)。从不同体质类型在个体身上的组合来看,2 351位老年人中,以同时存在2种偏颇体质者居多(56.6%),其次是表现为

表2 老年人群自报慢性病患病情况

Table 2 Self-reported prevalence of chronic diseases among the elderly participants

| 疾病 Diseases | 患病人数 No. of patients | 患病率 Prevalence/% |
|--------------------------------------|-------------------------|---------------------|
| 高血压 Hypertension | 1 714 | 72.9 |
| 糖尿病 Diabetes | 671 | 28.5 |
| 冠心病 Coronary artery heart disease | 1 040 | 44.2 |
| 脑卒中 Stroke | 1 021 | 43.4 |
| 结核病 Tuberculosis | 472 | 20.1 |
| 恶性肿瘤 Malignant tumor | 237 | 10.1 |
| 肾病 Kidney disease | 167 | 7.1 |
| COPD | 16 | 2.4 |

1种偏颇体质者(28.9%),单纯平和质的老年人(12.1%)较少,同时具备3种偏颇体质者(2.4%)最少。见表4。

表3 老年人群9种中医体质类型分布情况

Table 3 Distribution of 9 traditional Chinese medicine constitution types among the elderly participants

| 型别 Type | 例数 No. of cases | 构成比 Constituent ratio/% | 倾向人数 No. of people inclined | 构成比 Constituent ratio/% |
|------------------------------|--------------------|----------------------------|--------------------------------|----------------------------|
| 平和质 Balanced constitution | 989 | 42.1 | 2 | 0.1 |
| 阴虚质 Yin deficiency | 243 | 10.3 | 390 | 16.6 |
| 痰湿质 Phlegm-dampness | 318 | 13.5 | 310 | 13.2 |
| 湿热质 Dampness-heat | 124 | 5.3 | 172 | 7.3 |
| 血瘀质 Blood stasis | 62 | 2.6 | 112 | 4.8 |
| 气郁质 Qi stagnation | 91 | 3.9 | 76 | 3.2 |
| 特禀质 Special qualities | 43 | 1.8 | 41 | 1.7 |
| 气虚质 Qi deficiency | 306 | 13.0 | 577 | 24.5 |
| 阳虚质 Yang deficiency | 396 | 16.8 | 264 | 11.2 |

表4 老年人群平和质及偏颇体质组合分布情况

Table 4 Distribution of balanced and imbalanced constitution combinations among the elderly participants

| 体质情况 Constitution type | 人数 No. of participants | 构成比 Constituent ratio/% |
|------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------|
| 平和质 Balanced constitution | 284 | 12.1 |
| 有1种偏颇体质 Only one type of imbalanced constitution | 680 | 28.9 |
| 同时有2种偏颇体质 Two types of imbalanced constitutions | 1 331 | 56.6 |
| 同时有3种偏颇体质 Three types of imbalanced constitutions | 56 | 2.4 |
| 合计 Total | 2 351 | 100.0 |

2.5 不同中医体质人群MCI检出情况

2 351位老年人中,MCI检出率最高的是气郁质的老年人,检出率为10.8%;其次是湿热质,为9.1%;第三

为气虚质,为8.4%。见表5。

2.6 MCI的影响因素分析

因第二阶段研究对象经评估后明确了是否存在MCI,故以第二阶段认知功能专业评估结合临床诊断明确为MCI的老年人174人为病例组,明确为非MCI者362人为对照组,分析MCI的影响因素。结果发现,MCI组平均年龄[(77.80±7.53)岁]高于非MCI组[(74.57±6.40)岁]($t=4.875, P<0.001$);不同年龄、不同文化程度、结核病史与MCI之间发生存在明显关联(均 $P<0.01$),而不同性别、生活自理能力、慢性病病史与MCI之间未见关联。见表6。

对不同中医体质≥65岁老年人的MCI检出比例进行比较,结果发现男性湿热质中医体质者MCI比例更高($\chi^2=7.809, P=0.020$),女性湿热质($\chi^2=8.681, P=0.013$)和气郁质($\chi^2=10.396, P=0.006$)比例更高,其他中医体质类型与MCI之间未发现关联;按年龄进行分层分析发现,65~岁组特禀质($P=0.023$, Fisher精确概率检验)与MCI存在关联,75~岁组湿热质($\chi^2=20.540, P<0.001$)与MCI之间存在关联,<85岁组其他体质及85~96岁组均未发现与MCI有关联。

表5 老年人群不同中医体质MCI分布情况

Table 5 Distribution of MCI among different TCM constitutions in the elderly participants participated

| 中医体质 TCM constitution | 人数 No. of participants | MCI检出人数 No. of MCI | MCI检出率 Detection rate/% |
|---------------------------|------------------------------|-----------------------|-------------------------------|
| 平和质 Balanced constitution | 991 | 69 | 6.9 |
| 阴虚质 Yin deficiency | 633 | 45 | 7.1 |
| 痰湿质 Phlegm-dampness | 628 | 42 | 6.7 |
| 湿热质 Dampness-heat | 296 | 27 | 9.1 |
| 血瘀质 Blood stasis | 174 | 7 | 4.0 |
| 气郁质 Qi stagnation | 167 | 18 | 10.8 |
| 特禀质 Special qualities | 84 | 7 | 8.3 |
| 气虚质 Qi deficiency | 883 | 74 | 8.4 |
| 阳虚质 Yang deficiency | 660 | 49 | 7.4 |

以是否被判断为MCI为因变量,以基本信息(性别、年龄、文化程度)、生活自理能力、常见慢病患病情、中医体质类型等为自变量,赋值见表7。多因素logistic回归分析发现,在≥65岁老年人群中,MCI的风险随着年龄增长而增高;小学文化程度与文盲及半文盲文化程度的老年人相比,MCI的风险较低;有结核病史以及湿热质、气郁质、气虚质等中医体质类型是MCI的影响因素。见表8。

表6 老年人群MCI影响因素的单因素分析

Table 6 Univariate analysis of influencing factors for MCI among the elderly

| 因素 Factor | MCI | | 非MCI Not MCI | | χ^2 值 χ^2 value | P值 P value |
|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------|-----------------------------------|--------------------|------------------------------|---------------|
| | 例数/均值 No. of cases/ average | 比例 Percentage/% | 例数/均值 No. of cases/ average | 比例 Percentage/% | | |
| 年龄组/岁 Age group/years | | | | | 27.436 | <0.001 |
| 65~ | 73 | 26.45 | 203 | 73.55 | | |
| 75~ | 56 | 30.77 | 126 | 69.23 | | |
| 85~96 | 45 | 57.69 | 33 | 42.31 | | |
| 文化程度 Educational level | | | | | 32.823 | <0.001 |
| 文盲及半文盲 Illiteracy and semi-illiteracy | 4 | 80.00 | 1 | 20.00 | | |
| 小学 Primary school | 23 | 15.44 | 126 | 84.56 | | |
| 初中 Junior high school | 86 | 39.81 | 130 | 60.19 | | |
| 高中技校中专 Senior high school/ vocational secondary school | 45 | 34.62 | 85 | 65.38 | | |
| 大专 Junior college | 3 | 42.86 | 4 | 57.14 | | |
| 大学及以上 University and above | 13 | 44.83 | 16 | 55.17 | | |
| 结核病史 History of tuberculosis | | | | | 7.159 | 0.007 |
| 是 Yes | 26 | 22.22 | 91 | 77.78 | | |

表7 多因素logistic回归分析变量赋值

Table 7 Multivariate logistic regression analysis for the variable assignment

| 编码 Code | 变量名 Variable name | 赋值 Assignment |
|----------------|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Y | 是否被判断为MCI Whether diagnosed with MCI | 否=0,是=1 No=0,yes=1 |
| X ₁ | 性别 Gender | 男=1,女=2 Male=1, female=2 |
| X ₂ | 年龄组/岁 Age group/years | 65~=1,75~=2,85~96=3 |
| X ₃ | 文化程度 Educational level | 文盲及半文盲=1,小学=2,初中=3,高中技校中专=4,大专及以上=5 Illiteracy and semi-illiteracy=1, primary school=2, junior high school=3, senior high school=4, junior college and above=5 |

表7 (续) Table 7 (continued)

| 编码 Code | 变量名 Variable name | 赋值 Assignment |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| X ₄ | 生活自理能力 Self-care ability | 可自理=1,轻度依赖=2,中度依赖=3,不能自理=4 Self-care=1, mild dependence=2, moderate dependence=3, inability of self-care=4 |
| X ₅₋₁₂ | 高血压、糖尿病、冠心病、脑卒中、恶性肿瘤、结核病、COPD、肾病等慢性病史 History of hypertension, diabetes, coronary artery heart disease, stroke, malignant tumor, tuberculosis, chronic obstructive pulmonary disease and kidney disease | 是=1,否=2 Yes=1, no=2 |
| X ₁₃₋₂₁ | 气虚质、阳虚质、阴虚质、痰湿质、湿热质、血瘀质、气郁质、特禀质、平和质等中医体质 Qi deficiency, yang deficiency, yin deficiency, phlegm-dampness, dampness-heat, blood stasis, qi stagnation, special quality, balanced constitution | 是=1,倾向是=2,否=3 Yes=1, tendency yes=2, no=3 |

表8 老年人MCI影响因素的多因素logistic回归分析

Table 8 Multivariate logistic regression analysis on the influencing factors of MCI among the elderly

| 因素 Factors | 参照组 Reference group | b | s _b | Wald χ^2 | P值 P value | OR | 95%CI | |
|---------------------------------|---------------------------------------------------------------|------------------|----------------|------------------|------------------|----------------|----------------------------|--------------|
| 年龄组/岁 Age group/years | 65~ 75~ | -2.223 -1.679 | 0.340 0.340 | 42.696 24.363 | <0.001 <0.001 | 0.108 0.187 | 0.056~0.211 0.096~0.363 | |
| 文化程度 Educational level | 小学 Primary school | -2.891 | 1.188 | 5.918 | 0.015 | 0.056 | 0.005~0.570 | |
| | 初中 Junior high school | -1.154 | 1.181 | 0.954 | 0.329 | 0.315 | 0.031~3.195 | |
| | 高中、技校及中专 Senior high school or vocational secondary school | -1.610 | 1.193 | 1.820 | 0.177 | 0.200 | 0.019~2.073 | |
| | 大专及以上 Junior college and above | -1.054 | 1.229 | 0.735 | 0.391 | 0.349 | 0.031~3.877 | |
| 结核病史 History of tuberculosis | 无结核病史 No | 有结核病史 Yes | -0.838 | 0.285 | 8.653 | 0.003 | 0.432 | 0.247~0.756 |
| 湿热质 Dampness-heat | 是湿热质 Yes | 非湿热质 No | 1.682 | 0.499 | 11.357 | 0.001 | 5.379 | 2.022~14.309 |
| | 倾向是湿热质 Tendency yes | | 0.366 | 0.485 | 0.571 | 0.450 | 1.442 | 0.558~3.729 |
| 气郁质 Qi stagnation | 是气郁质 Yes | 非气郁质 No | 1.055 | 0.496 | 4.516 | 0.034 | 2.871 | 1.085~7.594 |
| | 倾向是气郁质 Tendency yes | | 0.303 | 0.573 | 0.279 | 0.597 | 1.354 | 0.440~4.164 |
| 气虚质 Qi deficiency | 是气虚质 Yes | 非气虚质 No | 0.615 | 0.313 | 3.862 | 0.049 | 1.849 | 1.002~3.414 |
| | 倾向是气虚质 Tendency yes | | -0.139 | 0.257 | 0.292 | 0.589 | 0.871 | 0.526~1.440 |
| 常量 Constant | | 2.604 | 1.227 | 4.502 | 0.034 | 13.517 | | |

3 讨论

由于不同研究MCI的诊断标准、评估工具与方法不同,以及研究对象样本量、年龄、文化程度、地区差异等群体异质性,全球各地MCI患病率差异较大,在3%~42%不等^[16],亚洲老年人MCI患病率为6.5%~37.0%^[17]。我国老年人MCI患病率为4.94%~19.10%^[18-20],西部地区高于东部地区,华东地区较其他区域偏低^[17],可能与样本量、社会经济、风俗文化、公共政策、环境及人群健康素养等有关。本研究对象来自上海某社区参与社区体检的老年人群,2 351位研究对象中确诊为MCI者占7.4%,处于国内外报道的MCI患病率较低水平。

本研究结果显示,年龄、文化程度与MCI之间有关联,与近期有关轻度认知障碍危险因素meta分析的报道一致^[7]。本研究也发现了结核病史、中医偏颇体质与MCI之间的关联。其中,结核病史与MCI之间的关联尚未查见文献报道,结核病史及治疗情况、结核分枝杆菌及其代谢产物、治疗药物等是否与MCI的发生

存在某种联系,还需要进一步专题探索。从中医角度来看,体质偏颇易使内环境失调,引起体内气血阴阳失衡,处于亚健康状态^[21],对疾病较易感。不同体质类型,好发疾病的种类存在明显差异^[22]。MCI的症状与中医学的呆病、健忘、痴呆等相似,中医学认为其病位在脑,其本在肾,发病与心、脾、肾密切相关,是本虚标实之证^[11,23-24],陈琳等^[25]认为MCI本虚为肾虚精亏、气虚、血虚、阳虚,标实为痰(湿)、血瘀、热(火)、气郁,病位在肝脾肾;姚文强等^[26]发现肺肾肝心脾五脏均可致呆;秦虹云等^[27]研究发现,MCI以脾肾、气血亏虚为本,痰湿、气郁为标。中医体质类型与MCI的研究结果不尽一致,存在一定的争议^[8],如气虚质、阳虚质、瘀血质、痰湿质、湿热质及阴虚质等均有报道与MCI相关^[9,12-13,28-30]。本研究发现,气虚质、湿热质、气郁质与MCI存在关联,从中医角度探讨其病机,脑为元神之府,神机、记忆皆生于脑,脑病则神机失用,记忆匮乏。气行则血行,气虚、气郁则不足以推动血行供养大脑,与瘀血内阻证相似,表现为表情迟钝、言语不利、善忘、

易惊恐,或思维异常、行为古怪;湿热则生痰火,与痰浊蒙窍证相似,多见表情呆钝、智力衰退,或哭笑无常、喃喃自语,或终日不语、呆若木鸡等表现。

此外,本研究收集的常见慢性病自报患病情况中,以高血压的患病率居首,但并未发现高血压与MCI相关,可能与该地老年人群血压控制整体较好有关。有研究提示,早期的血压控制,或者血压控制在合适范围内,可能会降低MCI及痴呆的风险^[31]。本次纳入研究的老年人总体血压控制较好,其对MCI的影响可能并不明显。

本研究提示,可结合社区老年人群体检服务,采取简便专业的工具、方法进行筛查,并将中医的技术方法融入家庭医生对签约老年人群的健康管理服务中,及时纠正偏颇体质,特别是气虚质、湿热质和气郁质,降低MCI风险,共同改善和维护老年人群健康。

本研究对象全部来自上海某社区参与社区体检的老年人,不包括未参加体检的老年人,在代表性方面有一定的局限性。同时,慢性病信息采集时采用老年人自报法,数据质量不如诊疗系统中的诊断信息,可能存在一定的信息偏倚。本次研究是一次横断面调查,不能反映因果关系,研究结果外推有限,研究结果仅为MCI的病因研究提供线索,后续还需要在大样本人群中通过前瞻性研究进一步验证。

(作者声明本文无实际或潜在的利益冲突)

参考文献

- [1] 中国痴呆与认知障碍诊治指南写作组,中国医师协会神经内科医师分会认知障碍疾病专业委员会.2018中国痴呆与认知障碍诊治指南(五):轻度认知障碍的诊断与治疗[J].中华医学杂志,2018,98(17):1294-1301.
- [2] 赵晋萱,沙睿,宓天昊,等.轻度认知障碍的诊断与康复治疗进展[J].阿尔茨海默病及相关病杂志,2020,3(2):147-153.
- [3] 岑桂英,郭圣文,池敏越,等.轻度认知障碍的早期检测与转化预测研究进展[J].生命科学,2015,27(2):174-181.
- [4] JIA L F, QUAN M N, FU Y, et al. Dementia in China: epidemiology, clinical management, and research advances [J]. Lancet Neurol, 2020, 19(1): 81-92.
- [5] 马倩男,毕齐.痴呆的生活方式干预和药物治疗[J].中华老年医学杂志,2017,36(4):358-360.
- [6] 张惠玲,钟冬灵,李涓,等.中国老年轻度认知障碍患病率的系统评价[J].中国循证医学杂志,2020,20(1):17-25.
- [7] 裴嘉宇,吴红霞,弓巧巧,等.中国老年人轻度认知障碍危险因素的系统评价和Meta分析[J].现代预防医学,2021,48(12):2249-2254.
- [8] 邹敏燕,宋玉磊,罗丹,等.中医体质与轻度认知障碍的相关性研究[J].中医药信息,2022,39(9):48-52.
- [9] 农秀程.轻度认知障碍患者体质分布特点及其与同型半胱氨酸水平关系的研究[D].南宁:广西中医药大学,2018.
- [10] 闫华,杨戈,宋春鑫,等.不同年龄老年轻度认知功能障碍患者的中医体质分布及其影响因素分析[J].现代生物医学进展,2021,21(15):2853-2857.
- [11] 曾朝坤,张文璇,张恩祥,等.老年患者轻度认知功能障碍与中医体质的相关性[J].广州医科大学学报,2017,45(3):31-34.
- [12] 李沐阳.老年轻度认知障碍与中医体质相关性的临床研究[D].济南:山东中医药大学,2020.
- [13] 胡少敏,谢莹晔.轻度认知障碍老年患者中医体质分布特征及其与证候的关系[J].医学食疗与健康,2019,(16):14-15.
- [14] 中国痴呆与认知障碍指南写作组,中国医师协会神经内科医师分会认知障碍疾病专业委员会.2018中国痴呆与认知障碍诊治指南(一):痴呆及其分类诊断标准[J].中华医学杂志,2018,98(13):965-970.
- [15] 国家卫生计生委.国家卫生计生委关于印发《国家基本公共卫生服务规范(第三版)》的通知[EB/OL].(2017-03-28)[2024-04-07].<http://www.nhc.gov.cn/jws/s3578/201703/d20c37e23e1f4c7db7b8e25f34473e1b.shtml>.
- [16] 王恒,马骁.轻度认知障碍与体育锻炼干预效果的认知评估[J].中国老年学杂志,2021,41(23):5454-5460.
- [17] 史路平,姚水洪,王薇.中国老年人群轻度认知障碍患病率及发展趋势的Meta分析[J].中国全科医学,2022,25(1):109-114.
- [18] 王爱民,黄灿,周颖,等.长沙市社区老年人轻度认知功能障碍患病情况及影响因素[J].中国老年学杂志,2016,36(7):1743-1745.
- [19] 刘淼,马春,李淑玲,等.生活方式与老年轻度认知障碍的关系[J].中国老年学杂志,2021,41(3):665-669.
- [20] 黄武全,陆媛,于德华.上海市某近郊城区老年人轻度认知障碍患病率及其影响因素分析[J].中国医药导报,2019,16(21):59-63,68.
- [21] 郭文娟,王旭,杨育同,等.亚健康状态与中医偏颇体质及治未病思想探讨[J].时珍国医国药,2013,24(1):186-187.
- [22] 李典鹤,郭海洋,任吉祥.认知功能损害的中医体质学研究进展[J].长春中医药大学学报,2017,33(6):1032-1035.
- [23] 代景妍,张杰,陈瑞丹,等.轻度认知障碍中西医干预进展[J].中国中医基础医学杂志,2021,27(4):678-682.
- [24] 楼丹飞.中医治疗轻度认知功能障碍研究进展[J].名医,2020,(9):84-85.
- [25] 陈琳,曾雪元,胡云峰,等.基于中医证候的认知功能障碍危险因素分析[J].吉林中医药,2019,39(12):1545-1549.
- [26] 姚文强,赵宇浩,韩旭.从五脏论治轻度认知功能障碍[J].河南中医,2019,39(11):1665-1669.
- [27] 秦虹云,皮衍玲,杨震,等.社区老年人轻度认知功能障碍中医证候学特征的横断面调查[J].上海中医药杂志,2015,49(6):6-8.
- [28] 林秀华,杨志敏,老膺荣.轻度认知功能障碍患者的中医体质特点[J].中华中医药学刊,2008,26(10):2237-2238.
- [29] 孙薇,张倩,杨建波,等.轻度认知功能障碍患者中医体质分型分布规律调查研究[J].新疆医科大学学报,2018,41(4):502-504,509.
- [30] 陈婉珉.118例老年期痴呆患者中医体质特点调查研究[J].中医临床研究,2018,10(11):11-13.
- [31] 张萍,王海云,苏博,等.老年高血压与轻度认知障碍研究进展[C]//中国中西医结合学会第八届虚证与老年医学专业委员会、中国老年学和老年医学学会中西医结合分会、江苏省中医药学会老年医学专业委员会2019年学术年会论文集.南京:中国中西医结合学会第八届虚证与老年医学专业委员会,2019:261-265.

(收稿日期:2024-04-18;网络首发:2024-10-15)

(中文编辑:洪琪;英文编辑:张永宏;校对:伦宜然)