

631-633, 638. DOI:10.7683/xxvxyxb.2021.07.006.

### 【临床研究】

义为 50 岁以上人群首次出现幻觉、妄想、抑郁、焦虑等精神行为症状,而无严重认知损害的综合征。该团队还发现约 71.5% 的患者发展成为痴呆<sup>[2]</sup>,提示晚发型神经精神症状(neuropsychiatric symptoms, NPSs)可能是痴呆的首发症状,晚发型 NPSs 是痴呆的危险因素<sup>[3-4]</sup>。因此,50 岁以上首发精神障碍患者应引起临床医生的重视。但目前尚无关于此类患者痴呆的发生率及其与 NPSs 关系的研究。因此,本研究探讨了 50 岁以上首发精神障碍患者痴呆的

发生率,并分析了痴呆与非痴呆患者精神行为症状的差异。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2019 年 6 月至 2020 年 4 月在深圳市康宁医院精神科住院的起病年龄≥50 岁的首发精神障碍患者 127 例为研究对象。病例纳入标准:(1)家属知情同意;(2)起病年龄≥50 岁;(3)首次在本院住院;(4)入院当天可配合完成神经精神科问卷(neuropsychiatric inventory,NPI)-Q 量表评估。排除标准:(1)合并严重躯体疾病(如心血管、肝、肾、胃肠道、神经系统等)或感染性疾病患者;(2)妊娠或哺乳期妇女。127 例患者中男 55 例,女 72 例;起病年龄 50~91(62.34±9.73)岁。根据出院时的主要诊断将痴呆和轻度认知障碍患者作为痴呆组( $n=53$ ),其余患者作为非痴呆组( $n=74$ )。痴呆组中阿尔茨海默病(Alzheimer's disease,AD)性痴呆 32 例,轻度认知障碍(mild cognitive impairment,MCI) 7 例,额颞叶痴呆(frontotemporal lobar dementia,FTLD)6 例,路易体痴呆(dementia with Lewy bodies,DLB)2 例,帕金森病(Parkinson's disease,PD)性痴呆 2 例,血管性痴呆(vascular dementia,VD)1 例,麻痹性痴呆 3 例。非痴呆组中脑器质性精神障碍 41 例,谵妄 4 例,酒精性精神障碍 3 例,应激相关障碍 7 例,妄想性障碍 3 例,双相情感障碍 3 例,抑郁症 8 例,躯体形式障碍 3 例,急性而短暂的精神病性障碍 2 例。本研究获医院医学伦理委员会批准。

1.2 诊断标准 患者的诊断由 2 名主治医师及 1 名副主任以上职称医师共同得出。痴呆各亚型的诊断均根据目前国际通用的诊断标准得出。其中,AD 诊断参照 2011 年美国国家老龄化研究所-阿尔茨海默病协会阿尔茨海默病诊断指南<sup>[5]</sup>;DLB 诊断参照 2017 年 DLB 联盟的第 4 次共识报告<sup>[6]</sup>;FTLD 诊断参照文献<sup>[7]</sup>中的标准;VD 诊断参照 2008 年更新版的血管性痴呆病因病理机制中<sup>[8]</sup>的标准;MCI 诊断参照 2011 年美国国家老龄化研究所-阿尔茨海默病协会阿尔茨海默病诊断指南工作组的建议提出的 MCI 的诊断标准<sup>[9]</sup>。非痴呆组患者的诊断均参照 ICD-10 诊断标准<sup>[10]</sup>。患者 2 系 3 代以内有精神异常者为家族史阳性,若无则为阴性。

1.3 NPI-Q 评估受试者 NPSs 严重程度 采用 NPI-Q 评估患者的 NPSs,在入院时医生对照料者完成访谈,评估被试者最近 1 个月的症状。量表包含妄想、幻觉、激越、抑郁/心境不悦、焦虑、情感高涨/欣快、淡漠、脱抑制、易激惹、异常运动行为、夜间行为、食欲和进食障碍 12 个与痴呆 NPSs 有关的条目。每个条目按严重程度分为 0~3 分,无此症状为 0

分;轻度,症状可以觉察但不明显为 1 分;重度,症状明显但不突出为 2 分;重度,非常突出的症状为 3 分。总分为各个条目得分之和,分值越高,说明 NPSs 越严重。

1.4 统计学处理 应用 SPSS 22.0 软件进行统计学分析。计数资料以例数和百分率表示,组间比较采用 $\chi^2$ 检验;计量资料以均数±标准差( $\bar{x}\pm s$ )表示,组间比较采用  $t$  检验; $P<0.05$  为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 首发精神障碍患者中痴呆发病情况 127 例首发精神障碍患者中痴呆患者 53 例(41.7%),非痴呆患者 74 例(58.3%)。痴呆患者和非痴呆患者的 NPI 总分分别为  $10.34\pm4.84$ 、 $8.58\pm3.40$ ,痴呆患者的 NPI 总分显著高于非痴呆患者,差异有统计学意义( $t=2.272,P<0.05$ )。

2.2 痴呆组和非痴呆组患者临床资料比较 结果见表 1。痴呆组中男性患者多于非痴呆组,起病年龄大于非痴呆组患者,差异均有统计学意义( $\chi^2=4.823$ 、 $16.045,P<0.05$ );2 组患者家族史比较差异无统计学意义( $\chi^2=0.393,P>0.05$ )。12 种 NPSs 中,痴呆组更多表现为幻觉、激越、淡漠、易激惹、异常运动行为,与非痴呆组比较差异有统计学意义( $P<0.05$ )。2 组患者其他 NPSs 比较差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

表 1 痴呆组和非痴呆组患者一般资料比较  
Tab. 1 Comparison of general information of patients between the dementia group and non-dementia group

临床资料	<i>n</i>	痴呆组 ( <i>n</i> =53)	非痴呆组 ( <i>n</i> =74)	$\chi^2$	<i>P</i>
性别					
男/例(%)	55	29(54.72)	26(35.14)	4.823	0.028
女/例(%)	72	24(45.28)	48(64.86)		
起病年龄					
≤65 岁/例(%)	85	25(47.17)	60(81.08)	16.045	0.000
>65 岁/例(%)	42	28(52.83)	14(18.92)		
家族史					
阳性/例(%)	30	14(26.42)	16(21.62)	0.393	0.531
阴性/例(%)	97	39(73.58)	58(78.38)		
NPI 症状					
妄想/例(%)	63	27(50.94)	36(48.65)	0.065	0.799
幻觉/例(%)	29	18(33.96)	11(14.86)	6.392	0.011
激越/例(%)	51	30(56.60)	21(28.38)	10.238	0.001
抑郁/心境不悦/例(%)	36	13(24.53)	23(31.08)	0.653	0.419
焦虑/例(%)	33	13(24.53)	20(27.03)	0.100	0.752
情感高涨/欣快/例(%)	11	5(9.43)	6(8.11)	0.069	0.793
淡漠/例(%)	43	30(56.60)	13(17.57)	21.014	0.000
脱抑制/例(%)	41	20(37.74)	21(28.38)	1.237	0.266
易激惹/例(%)	81	40(75.47)	41(55.41)	5.383	0.020
异常运动行为/例(%)	68	36(67.92)	32(43.24)	7.563	0.006
夜间行为/例(%)	93	37(69.81)	56(75.68)	0.542	0.462
食欲和进食障碍/例(%)	43	13(24.53)	30(40.54)	3.536	0.060

3 讨论

本研究显示,50岁以上首发精神障碍患者中,有41.73%被诊断为痴呆,大多数是男性,有58.49%的痴呆患者以认知功能减退为起病症状,有41.51%的痴呆患者以NPSs起病,提示约50%的晚发型精神障碍患者是以NPSs起病,而非认知功能减退;也就是说,有部分痴呆患者虽然存在认知功能减退,但并非以认知功能减退为首发症状,这对临床工作有非常大的指导意义。同时,本研究结果表明,在12种NPSs中,痴呆组患者的首发精神症状以异常运动行为、幻觉、激越、易激惹或淡漠激越和淡漠更多见。这提示临床医生在接诊50岁以上上述症状为首发症状的精神障碍患者时,需要判断是否为痴呆,以避免误诊,延误治疗。

本研究还发现,50岁以上首发精神障碍患者出院时主要诊断位居前3位的分别是痴呆、脑器质性精神障碍和抑郁症,其中痴呆的占比达41.73%,而精神分裂症的占比为0.0%。VAHIA等<sup>[11]</sup>研究结果显示,40岁以上首发精神分裂症的发病率极低,仅0.03%。HOWARD等<sup>[12]</sup>研究显示,晚发型精神分裂症的发病率为0.1%~0.5%,其中多以幻觉和妄想为主。而痴呆的高发年龄为50岁以上,例如额颞叶痴呆的高发年龄为45~65岁<sup>[13]</sup>;65岁以上的女性患老年痴呆的概率为7%,且每增加5岁,痴呆的患病风险就增加1倍<sup>[14]</sup>。因此,对于50岁以上首次出现精神障碍的患者,不建议首先考虑精神分裂症的诊断,要首先考虑痴呆前期、痴呆或其他器质性精神障碍的可能。

本研究中,痴呆组各亚型所占比例位居前3位的分别为AD(60.38%)、MCI(13.21%)、FTLD(5.66%),而VD仅占1.89%。提示50岁以上首发精神障碍患者中,更常见的痴呆亚型依次为AD、FTLD、VD。因此,临床医生需要提高警惕,重视这3种痴呆亚型的评估及诊断。

本研究中,痴呆组中男性患者更多。英国的一项流行病学调查结果显示,85岁以下的男性和女性患痴呆症的概率相当,女性在85岁之后患痴呆症的概率高于男性<sup>[15]</sup>;该研究结果与本研究结果不一致,可能是因为英国的研究是一项基于人群的大规模研究,其中有许多85岁以上的老年人;而本研究样本量小,且选择的是精神科住院患者,并不代表我国的全部人口。本研究中非痴呆组女性更多,提示女性与抑郁症、应激相关障碍等密切相关<sup>[16-17]</sup>。

本研究结果发现,痴呆组患者的NPI总分显著高于非痴呆组,表明NPSs是住院痴呆患者的常见症状。既往也有研究发现,痴呆患者中NPSs极为普遍,约98%的痴呆患者在整个疾病发展过程中会出现NPSs<sup>[18-20]</sup>。此外,本研究还发现,痴呆组和非

痴呆组之间各个NPSs的占比不同,痴呆患者的异常运动行为、激越、淡漠、幻觉和易激惹的占比高于非痴呆患者,而非痴呆患者以食欲和进食障碍更为常见。LYKETSOS等<sup>[21]</sup>研究发现,淡漠是痴呆最常见的症状,其次是抑郁和激越。QUANTE等<sup>[22]</sup>研究显示,攻击性是痴呆患者常见的精神行为症状(约占57%)。另有研究显示,冷漠是AD患者最常见的精神行为症状,高达76%<sup>[21,23]</sup>。以上研究结果提示,痴呆患者中每个个体NPS的出现频率可能会因患者不同而有所不同。

总之,50岁以上首发精神障碍患者中,约41.73%为痴呆,且多数是男性,约58.49%的痴呆患者以认知功能减退为起病症状,41.51%的患者以NPSs起病。以异常运动行为、幻觉、激越、易激惹或淡漠为首发症状的患者要注意评估认知功能,及时发现痴呆。

参考文献:

[1] TARAGANO F E, ALLEGRI R F, LYKETSOS C. Mild behavioral impairment: a prodromal stage of dementia [J]. *Dement Neuropsychol*, 2008, 2(4): 256-260.

[2] TARAGANO F E, ALLEGRI R F, HEISECKE S L, et al. Risk of conversion to dementia in a mild behavioral impairment group compared to a psychiatric group and to a mild cognitive impairment group [J]. *J Alzheimers Dis*, 2018, 62(1): 227-238.

[3] ROSENBERG P B, MIELKE M M, APPLEBY B S, et al. The association of neuropsychiatric symptoms in MCI with incident dementia and Alzheimer disease [J]. *Am J Geriatr Psychiatry*, 2013, 21(7): 685-695.

[4] SUTIN A R, STEPHAN Y, TERRACCIANO A. Psychological distress, self-beliefs, and risk of cognitive impairment and dementia [J]. *J Alzheimers Dis*, 2018, 65(3): 1041-1050.

[5] MCKHANN G M, KNOPMAN D S, CHERTKOW H, et al. The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease [J]. *Alzheimers Dement*, 2011, 7(3): 263-269.

[6] MCKEITH I G, BOEVE B F, DICKSON D W, et al. Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: fourth consensus report of the DLB Consortium [J]. *Neurology*, 2017, 89(12): 88-100.

[7] COYLE-GILCHRIST I T S, DICK K M, PATTERSON K, et al. Prevalence, characteristics, and survival of frontotemporal lobar degeneration syndromes [J]. *Neurology*, 2016, 86(18): 1736-1743.

[8] JELLINGER K A. The pathology of "vascular dementia": a critical update [J]. *J Alzheimers Dis*, 2008, 14(1): 107-123.

[9] ALBERT M S, DEKOSKY S T, DICKSON D, et al. The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease [J]. *Alzheimers Dement*, 2011, 7(3): 270-279.

[10] UYSAL S. ICD-10-CM Diagnosis coding for neuropsychological assessment [J]. *Arch Clin Neuropsychol*, 2019, 34(5): 721-730.

cise postpartum on pelvic floor muscle function and prevalence of pelvic floor dysfunction 12 months postpartum [J]. *Phys Ther*, 2020,100(9):1681-1689.

[3] WU J M, HUNDLEY A F, FULTON R G, *et al.* Forecasting the prevalence of pelvic floor disorders in U. S. Women:2010 to 2050 [J]. *Obstet Gynecol*,2009,114(6):1278-1283.

[4] 孟晓静,李旻,王少为. 中老年女性盆底功能障碍性疾病的临床研究进展[J]. 中国老年保健医学,2021,19(2):94-97.

[5] FATTON B, AMBLARD J, DEBODINANCE P, *et al.* Transvaginal repair of genital prolapse:preliminary results of a new tension-free vaginal mesh (prolift technique): a case series multicentric study [J]. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*,2007,18(7):743-752.

[6] 于云燕. 盆底康复治疗仪结合盆底肌肉锻炼治疗女性盆底功能障碍的疗效分析[J]. 临床医药文献电子杂志,2020,7(23):19. DOI:10.16281/j.cnki.jocml.2020.23.017.

[7] 陈新明,巴静,邓颖莹. 盆底康复治疗仪联合盆底肌肉锻炼治疗女性盆底功能障碍的临床效果[J]. 中国当代医药,2020,27(2):117-119,123.

[8] 杨延玲,孙凤艳,李天珍. 盆底康复治疗仪结合人工按摩治疗女性盆底功能障碍及急迫性尿失禁的疗效观察[J]. 临床护理杂志,2016,15(6):35-37.

[9] BAG SOYTAS R, SOYTAS M, DANACIOGLU Y O, *et al.* Relationship between the types of urinary incontinence, handgrip strength, and pelvic floor muscle strength in adult women [J]. *Neurol Urodyn*,2021, *Online ahead of print*. DOI: 10.1002/nau.24699.

[10] 潘玲佩,倪旭红,朱敏. 盆底生物反馈电刺激和盆底肌肉锻炼治疗产后女性性功能障碍的疗效[J]. 中国妇幼保健,2021,36(9):2022-2025.

[11] 许盛飞,秦保龙,杜广辉,等. 经尿道联合经阴道 Smooth 模式钬激光照射治疗女性压力性尿失禁的疗效评价[J]. 临床泌尿外科杂志,2021,36(6):481-484.

[12] 张庆华,余妙玲. 经皮低频脉冲电刺激联合药物治疗盆腔炎性疾病所致女性慢性盆腔痛的效果评价[J]. 临床医学工程,2018,25(6):705-706.

[13] 张利. 电刺激联合生物反馈治疗女性盆底功能障碍性疾病的疗效观察[J]. 实用医技杂志,2021,28(5):634-635.

[14] 张璐,郑萍,孙如意,等. 生物反馈联合电刺激在女性盆底功能障碍性疾病治疗中的临床应用[J]. 现代生物医学进展,2017,17(7):1263-1265,1285.

[15] WALLACE S L, MILLER L D, MISHRA K. Pelvic floor physical therapy in the treatment of pelvic floor dysfunction in women[J]. *Curr Opin Obstet Gynecol*,2019,31(6):485-493.

[16] 夏欢. 雌激素联合盆底康复治疗仪在女性盆底功能障碍中的应用[J]. 护理实践与研究,2020,17(16):97-98.

[17] 赖雪梅,邓雨峰,张海燕,等. 生物反馈-电刺激对产后盆底脏器脱垂的效果研究[J]. 西南大学学报(自然科学版),2021,43(3):24-29.

[18] SIGURDARDOTTIR T, STEINGRIMSDOTTIR T, GEIRSSON R T, *et al.* Can postpartum pelvic floor muscle training reduce urinary and anal incontinence: an assessor-blinded randomized controlled trial[J]. *Am J Obstet Gynecol*,2020,222(3):247.

[19] 杨欣. 盆底康复治疗仪在女性盆底功能障碍中的应用[J]. 中国医疗器械信息,2021,27(8):20-21,98.

[20] 段文艳,李倩,王嵩川. 盆底肌康复治疗产后女性性功能障碍的疗效观察[J]. 中国临床医生杂志,2018,46(1):94-96.

( 本文编辑:周二强 )

( 上接第 633 页 )

[11] VAHIA I V, PALMER B W, DEPP C, *et al.* Is late-onset schizophrenia a subtype of schizophrenia [J]. *Acta Psychiatr Scand*, 2010,122(5):414-426.

[12] HOWARD R, RABINS P V, SEEMAN M V, *et al.* Late-onset schizophrenia and very-late-onset schizophrenia-like psychosis: an international consensus. The International Late-Onset Schizophrenia Group [J]. *Am J Psychiatry*,2000,157(2):172-178.

[13] ONYIKE C U, DIEHL-SCHMID J. The epidemiology of frontotemporal dementia[J]. *Int Rev Psychiatry*,2013,25(2):130-137.

[14] MECCA A P, VAN DYCK C H. Alzheimer's & dementia: the journal of the Alzheimer's Association [J]. *Alzheimers Dement*, 2021,17(2)316-317.

[15] PRINCE M, BRYCE R, ALBANESE E, *et al.* The global prevalence of dementia: a systematic review and meta-analysis [J]. *Alzheimers Dement*,2013,9(1):63-75.

[16] KOENIG H G, BLAZER D G. Epidemiology of geriatric affective disorders[J]. *Clin Geriatr Med*,1992,8(2):235-251.

[17] WANG J, JIANG C, CHEN L, *et al.* A cross-sectional study to investigate the correlation between depression comorbid with anxiety and serum lipid levels[J]. *Compr Psychiatry*,2016,69:163-168.

[18] O'DONNELL B F, DRACHMAN D A, BARNES H J, *et al.* Incontinence and troublesome behaviors predict institutionalization in dementia[J]. *J Geriatr Psychiatry Neurol*,1992,5(1):45-52.

[19] SCARMEAS N, BRANDT J, ALBERT M, *et al.* Delusions and hallucinations are associated with worse outcome in Alzheimer disease[J]. *Arch Neurol*,2005,62(10):1601-1608.

[20] KALES H C, GITLIN L N, LYKETSOS C G. Management of neuropsychiatric symptoms of dementia in clinical settings: recommendations from a multidisciplinary expert panel [J]. *J Am Geriatr Soc*,2014,62(4):762-769.

[21] LYKETSOS C G, LOPEZ O, JONES B, *et al.* Prevalence of neuropsychiatric symptoms in dementia and mild cognitive impairment: results from the cardiovascular health study [J]. *JAMA*,2002,288(12):1475-1483.

[22] QUANTE A, SULEJMANI A. Prevalence and pharmacotherapy of behavioral and psychological symptoms of dementia in a geriatric psychiatry unit: a retrospective analysis [J]. *Prim Care Companion CNS Disord*,2017,19(4):17m02137.

[23] TAGARIELLO P, GIRARDI P, AMORE M. Depression and apathy in dementia: same syndrome or different constructs? A critical review [J]. *Arch Gerontol Geriatr*,2009,49(2):246-249.

( 本文编辑:孟 月 )