

• 临床研究 •

痴呆患者的自知力损害

张新卿 王姮

【摘要】 目的 对轻中度痴呆患者的自知力损害情况进行初步研究。方法 轻中度痴呆患者 66 例,对照组 20 例,采用痴呆病觉缺失问卷(AQ-D)对受检者及其知情者进行问卷调查。自知力损害得分以 AQ-Dd 表示。结果 痴呆组患者自知力损害明显。AQ-Dd 得分与简短精神状态量表(MMSE)、日常生活活动能力量表(ADL)、临床痴呆评定量表(CDR)得分具有显著相关性,其相关系数分别为: $r = -0.511 (P < 0.01)$, $r = 0.174 (P < 0.05)$, $r = 0.389 (P < 0.01)$ 。但自知力损害与性别、年龄、受教育年限和抑郁无显著相关性。结论 痴呆患者自知力损害比较常见,疾病的严重程度与自知力损害密切相关,随着痴呆的加重,自知力损害程度也加重。不同类型的痴呆患者自知力损害无显著性差异。

【关键词】 痴呆;自知力损害;感觉缺失

The insight impairment of dementia patients

ZHANG Xinqing, WANG Heng

Department of Neurology, Xuanwu Hospital, Beijing 100053, China

【Abstract】 **Objective** To evaluate the insight impairment in mild and moderate dementia patients. **Methods** Sixty-six dementia patients (mild and moderate degrees) and 20 controls were assessed with Anosognosia Questionnaire-Dementia (AQ-D). The scores of subjects' insight impairment were expressed in AQ-Dd (Anosognosia Questionnaire-Dementia difference). **Results** The insight impairment of dementia patients was prominent. The score of AQ-Dd was significantly correlated with the score of MMSE (Mini-Mental State Examination), ADL (Activities of Daily Living Scale), and CDR (Clinical Dementia Rating Scale). The correlation coefficients were $-0.511 (P < 0.01)$, $0.174 (P < 0.05)$ and $0.389 (P < 0.01)$, respectively. The insight impairment did not correlate with gender, age, educational level and dysthymia. **Conclusion** Insight impairment was common in dementia patients, even in early dementia ones. In this group of dementia patients, 38% had insight impairment. The severity of dementia closely correlated with insight impairment, and the impairment became severer with the deterioration of dementia. The degree of insight impairment between different types of dementia was not different.

【Key words】 dementia; impairment insight; sensory deprivation

自知力是个体对自己身体功能变化的了解并做出判断的能力,也是对自身病态变化的一种正确态度。尽管痴呆患者在认知、行为等多个领域存在功能障碍,但是一些患者却不能认识到这些缺陷的存在,甚至完全否认明确存在的功能障碍,这一现象被

称之为“自知力损害 (insight impairment)”、“自知力丧失 (lack of insight/ unawareness)”、“病觉缺失 (anosognosia)”、“对疾病无感知 (imperception)”^[1]。有研究认为它与神经病理改变有关,是痴呆的临床表现之一^[2]。但目前国内对于痴呆患者自知力损害的研究却罕有涉及。我们应用痴呆病觉缺失问卷 (anosognosia questionnaire-dementia, AQ-D)^[3]对轻中度痴呆患者的认知及行为方面自知力损害进行初步研究,了解痴呆患者自知力损害情况,探讨影响自知力损害的相关因素及其与痴呆严重程度的关系。

收稿日期:2006-10-30

作者单位:100053 北京市,首都医科大学宣武医院神经内科(张新卿);100036 北京市,中国人民解放军空军总医院神经内科(王姮)

作者简介:张新卿,女,1958年10月生,北京市人,医学博士,主任医师,教授。E-mail: xinqingzhang@263.net

1 对象和方法

1.1 研究对象 痴呆患者 66 例,男性 33 例,女性 33 例;平均年龄(71.6±8.8)岁;平均受教育年限(9.4±4.0)年,均来自神经内科门诊和住院患者。所有病例均进行了详细的病史采集、一般内科和神经内科体格检查、神经心理、神经影像学以及实验室检查等。由于重度痴呆患者大多语言功能或阅读能力严重障碍,以至于无法对问卷的问题做出反应,本研究仅随机纳入轻中度痴呆患者,所有入选者都能够对量表的问题做出反应。其中,阿尔茨海默病(Alzheimer's disease, AD) 33 例,血管性痴呆(vascular dementia, VaD) 20 例,其它类型痴呆 13 例。根据临床痴呆评定量表(clinical dementia rating scale, CDR)评定病情严重程度,其中轻度痴呆患者 45 例,中度痴呆患者 21 例。痴呆的诊断符合美国精神病学会的《精神障碍诊断和统计手册》第 4 版(DSM-IV)的诊断标准。AD 的诊断符合美国神经病学、语言障碍和卒中-阿尔茨海默病及相关疾病学会(NINCDS-ADRDA)很可能 AD 的诊断标准;VaD 的诊断符合美国国立神经病卒中研究所和瑞士神经科学研究国际协会(NINDS-AIREN)的诊断标准;根据世界卫生组织的国际疾病分类第 10 版(ICD-10)的标准诊断其它类型痴呆。

健康对照组 20 例,其中男性 11 例,女性 9 例;平均年龄(71.2±7.8)岁;平均受教育年限(8.9±3.7)年。无神经科和精神科疾病,无严重的其他全身系统疾病。

知情者的条件是同受检者长期共同生活、每周至少 4d、充分了解受检者各种情况的成年人。痴呆组的知情者构成为:配偶 35 例,子女及孙子女 21 例,其它亲属或照料者 10 例。对照组为:配偶 11 例,子女及孙子女 7 例,其它亲属或照料者 2 例。

1.2 研究工具 选用 AQ-D 评价自知力。AQ-D 是由 Migliorelli 等于 1995 年编制的测查痴呆患者自知力损害的问卷。此问卷是给予患者及其知情者平行版本(A 卷、B 卷)的问卷,分别计算二者的分数,将两者的差值得分作为对病人自知力的评估依据,并规定若二者存在差异则以知情者的描述作基准。由临床医生分别与患者和知情者面对面交谈,确保受检者完全理解问卷中的每一个问题。A 卷由患者独立回答,分数计为 AQ-Dp(anosognosia questionnaire-dementia patient)。B 卷是知情者在不知道患者答案的情况下对患者的情况进行评估,分数

计为 AQ-Di (anosognosia questionnaire-dementia informant)。两卷总分相减即为受检者自知力损害的得分,以 AQ-Dd (anosognosia questionnaire-dementia difference)表示。A 和 B 卷的问题相同,只是知情者版本(B 卷)问题的主语改为患者的姓名。AQ-Dd 得分≤14 分为自知力正常,15~31 分为自知力轻度损害,≥32 分为严重损害。此问卷在测查痴呆患者自知力损害方面具有较好的信度和效度^[3]。

其它神经心理检查量表还有:简短精神状态量表(mini-mental state examination, MMSE)、日常生活活动力量量表(activities of daily living scale, ADL)、临床痴呆评定量表(clinical dementia rating scale, CDR)、老年抑郁量表(the geriatric depression scale, GDS)和 Cornell 痴呆抑郁量表(Cornell scale for depression in dementia, CSDD)。

1.3 统计学处理 统计分析方法包括 *t* 检验、方差分析、 χ^2 检验、Pearson 和 Spearman 相关分析。全部计算运用 SPSS11.5 统计软件包完成。

2 结果

2.1 痴呆患者自知力损害情况 痴呆组和对照组的人口学特征经完全随机设计的方差分析和 χ^2 检验,两组的年龄($t=0.205$, $P=0.873$)、性别($\chi^2=0.154$, $P=0.800$)、教育年限($t=0.443$, $P=0.659$)等方面差异均无统计学意义,具有可比性。66 例痴呆患者中,38% 的患者有自知力损害(25/66),对照组的自知力测试结果全部正常。痴呆组与对照组相比,其 AQ-Di、AQ-Dp、AQ-Dd 得分的差异有统计学意义(表 1)。

2.2 影响自知力损害的相关因素 将痴呆患者的性别、年龄、受教育年限、MMSE、ADL 和 CDR 得分与 AQ-Dd 得分做相关分析,其结果见表 2。

其中, AQ-Dd 得分与 MMSE 量表得分有非常显著的负相关关系,即:MMSE 得分越少、AQ-Dd 得分越高;认知功能损害越严重、自知力损害越重。两者间的相关系数 $r=-0.511$, $P<0.001$ 。AQ-Dd 得分与 CDR 之间的关系同 MMSE 的关系一样,也具有相关性。虽然 AQ-Dd 得分与痴呆患者的日常生活能力 ADL 得分有相关,但相关程度低于与认知功能减退的相关程度。AQ-Dd 得分与性别、年龄、受教育年限和抑郁量表得分均无显著相关性。

2.3 不同严重程度的痴呆患者自知力损害情况 66 例痴呆患者中,轻度痴呆(CDR=1)45 例,中度痴呆

(CDR=2)21例。中度痴呆患者的AQ-Dd得分高于轻度痴呆患者。对轻度和中度痴呆患者的AQ-Dd得分进行独立样本t检验, $t = -4.397, P < 0.001$, 两组之间的差异有统计学意义。不同严重程度的痴呆患者自知力损害情况和AQ-Dd得分见表3。

2.4 不同类型的痴呆患者自知力损害情况 对AD、VaD及其他类型痴呆3组患者的性别构成比和痴呆程度分别进行 χ^2 检验, 性别构成($\chi^2 = 2.133, P = 0.344$)及痴呆程度($\chi^2 = 1.653, P = 0.438$)的差别均无统计学意义。对3组的年龄分布($F = 2.993, P = 0.159$)和教育年限($F = 0.119, P = 0.889$)进行完全随机设计的方差分析, 差异也无统计学意义, 3组之间具有可比性。不同类型痴呆患者的一般资料和AQ-Dd得分见表4。

对AD、VaD和其他类型痴呆3组的AQ-Dd得分进行方差分析显示, 3组间的AQ-Dd得分没有明

显差别, $F = 0.664, P = 0.518$, 无统计学意义。不同类型的痴呆患者, 自知力损害无明显差别。

3 讨论

痴呆是由于脑功能障碍而产生的获得性智能障碍综合征, 临床诊断主要依靠病人的临床表现及神经心理与神经影像等资料综合考虑, 参考国际上常用的诊断标准做出临床诊断, 并排除其它原因。如果痴呆患者的自知力有损害, 会影响患者求诊的主动性, 以病人的主诉作为诊断参考依据的可靠性也受到质疑。临床上经常可以看到痴呆患者由照料者陪同被动就诊, 提示痴呆患者可能有自知力损害。本研究中38%的痴呆患者AQ-Dd得分异常, 与Starkstein等^[4]的研究结果一致, 说明自知力损害是痴呆患者一个较为常见的临床症状。除了与患者就诊的主动性有关外, 自知力损害与治疗的依从性也有关。自知力保留的患者更容易主动求医并接受

表1 痴呆组和对照组的AQ-D得分情况

| 组别 | AQ-D得分 | | |
|-----|-------------|------------|------------|
| | AQ-Di | AQ-Dp | AQ-Dd |
| 痴呆组 | 23.77±10.28 | 11.91±8.09 | 11.86±9.31 |
| 对照组 | 5.85±3.07 | 2.65±1.86 | 3.20±2.57 |
| t值 | 7.375 | 5.054 | 3.816 |
| P值 | <0.001 | <0.001 | <0.001 |

注: AQ-Di: 痴呆病觉缺失问卷B卷知情者评分; AQ-Dp: 痴呆病觉缺失问卷A卷受检者评分; AQ-Dd: 自知力损害得分(B卷总分减去A卷总分)

表2 痴呆患者自知力损害的相关因素

| AQ-Dd | 性别* | 年龄 | 教育年限 | GDS | CDSS | MMSE | CDR | ADL |
|-------|-------|--------|-------|-------|-------|--------|-------|-------|
| r值 | 0.179 | -0.086 | 0.018 | 0.126 | 0.181 | -0.511 | 0.389 | 0.174 |
| p值 | 0.151 | 0.246 | 0.886 | 0.156 | 0.073 | 0.000 | 0.001 | 0.046 |

注: * Spearman 相关

表3 不同程度痴呆患者的自知力损害情况

| CDR 分级 | 自知力 | | | AQ-Dd得分($\bar{x} \pm s$) |
|---------|-------|---------|---------|----------------------------|
| | 正常(例) | 轻度损害(例) | 重度损害(例) | |
| 1(n=45) | 31 | 14 | 0 | 8.82±6.34 |
| 2(n=21) | 10 | 7 | 4 | 18.38±11.32* |

注: 与轻度痴呆比较, * $P < 0.001$

表4 不同类型痴呆患者的一般资料和AQ-Dd得分

| 组别 | 例数 | 性别 | | 平均年龄(岁) ($\bar{x} \pm s$) | 教育年限(年) ($\bar{x} \pm s$) | 痴呆程度 | | AQ-Dd得分 ($\bar{x} \pm s$) |
|------|----|----|----|--------------------------------|--------------------------------|------|----|--------------------------------|
| | | 男 | 女 | | | 轻 | 中 | |
| AD组 | 33 | 15 | 18 | 72.10±7.40 | 9.54±3.98 | 21 | 12 | 12.76±9.37 |
| VaD组 | 20 | 10 | 10 | 74.19±9.35 | 9.12±4.13 | 13 | 7 | 9.85±5.35 |
| 其他痴呆 | 13 | 8 | 5 | 68.50±11.02 | 8.87±4.02 | 11 | 2 | 12.69±8.38 |

帮助和治疗,而丧失自知力后,否认疾病的存在使得病人不愿意就诊,可能会从事实能力已经不能胜任的、甚至是危险的工作,如:点火、生炉子、骑车等,同样也会加重照料者和家人的压力和负担。评估患者的自知力损害程度有助于临床医生采取积极的干预措施。

由于我们前期的研究工作发现知情者评定与客观评定有很好的相关性^[5],对痴呆症状判断的准确性与客观评定很接近,合格的知情者可以提供可靠的患者临床症状的描述,为痴呆的临床诊断提供有力的参考依据^[6,7],而 AQ-D 问卷具有评估相对快速、容易操作和回答、自知力损害的评估范围广泛等优点^[8],故本研究采用此问卷作为评估痴呆患者自知力损害的工具。

自知力损害的相关因素分析结果显示,痴呆患者自知力损害得分与 MMSE 得分之间有显著相关性,提示认知功能障碍对自知力损害的影响较大。多数轻度痴呆患者自知力尚保留,有自知力损害的也仅为轻度。随着痴呆严重程度的增加,不仅有自知力损害的痴呆患者数量增加,自知力损害的程度也增加,出现了重度自知力损害。自知力损害得分与 CDR、ADL 得分均有相关性,可能是由于评定痴呆严重程度的量表 CDR 以及评定患者日常生活能力的 ADL 都是知情者评定量表,而自知力损害得分也是以知情者问卷得分为基准,因此出现了有相关关系的统计结果。此外,痴呆患者日常生活能力减退与痴呆的严重程度相关已被大家所公认,本研究结果显示自知力损害与痴呆的严重程度相关,由此推论自知力与日常生活能力之间也有相关关系,研究结果支持这一推论。痴呆患者的自知力损害不受性别、年龄和教育程度的影响。

关于抑郁和自知力损害的关系,目前的研究结果并不一致。有些学者认为有抑郁心境的患者自知力损害程度轻,而有些学者认为自知力损害与病人是否患抑郁无关。我们认为导致上述研究结果不一致的原因,可能在于不同的研究所采用的抑郁调查工具不同。痴呆是一种退行性疾病,影响患者的多种认知功能,使得痴呆患者自评结果的不可靠性增加。因此,像 Zung 等抑郁自评量表就不太适用于痴呆患者。另一方面,尽管目前被广泛使用的 Hamiton 抑郁量表是由临床医生进行评定,但是有研

究显示,当它应用于老年人尤其是老年痴呆患者时,其信度、效度降低。本研究使用老年抑郁量表 GDS 和专用于测评痴呆患者抑郁的 Cornell 痴呆抑郁量表,分别进行患者自评和知情者他评,结果显示,抑郁和自知力损害二者之间无显著相关性。

尽管痴呆可由不同的原因引起,但我们的研究没有发现不同类型痴呆之间的 AQ-Dd 得分差异有统计学意义,提示不管什么原因造成的痴呆,均可有自知力损害。有研究认为额颞叶痴呆及 AD 均有自知力损害,但在内容上有一定的差别^[9],由于本研究中其它类型痴呆的病例数较少,未能进行更详细的研究,尚待进一步验证。

参考文献

- [1] McGlynn SM, Schacter DL. Unawareness of deficits in neuropsychological syndromes. *J Clin Exp Neuropsychol*, 1989, 11:143-205.
- [2] Marshall GA, Kaufer DI, Lopez OL, et al. Right pre-subiculum amyloid plaque density correlates with anosognosia in Alzheimer's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 2004, 75:1396-1400.
- [3] Migliorelli R, Teson A, Sabe L, et al. Anosognosia in Alzheimer's disease; a study of associated factors. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 1995, 7:338-344.
- [4] Starkstein SE, Sabe L, Chemerinski E, et al. Two domains of anosognosia in Alzheimer's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 1996, 61:485-490.
- [5] 张新卿,周景升,王丽冬,等. 记忆障碍主诉在痴呆临床诊断中的作用. *中国临床康复*, 2003,7:4254-4255
- [6] Koss E, Patterson MB, Ownby R, et al. Memory evaluation in Alzheimer's disease. *Arch Neurol*, 1993, 50: 92-97.
- [7] Patterson CJ, Gass DA. Screening for cognitive impairment and dementia in the elderly. *Can J Neurol Sci*, 2001, 28: S42-S51.
- [8] Starkstein SE, Chemerinski E, Sabe L, et al. Prospective longitudinal study of depression and anosognosia in Alzheimer's disease. *Br J Psychiatry*, 1997, 171: 47-52.
- [9] Rankin KP, Baldwin E, Pace-Savitsky C, et al. Self awareness and personality change in dementia. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 2005, 76:632-639.