DOI:10.16016/j.1000-5404.2004.17.008
第26卷第17期 第三军医大学学报 Vol. 26, No. 17
1530 2004年9月 ACTA ACADEMIAE MEDICINAE MILITARIS TERTIAE Sep. 2004

论著

文章编号:1000-5404(2004)17-1530-03

卒中相关性痴呆危险因素的研究

唐明山,周华东,李敬诚,王延江,高长越 (第三军医大学大坪医院野战外科研究所神经内科,重庆 400042)

提 要:目的 探讨卒中相关性痴呆的发病率及危险因素。方法 对403例脑梗死患者进行3个月随访评价,包括一般情况、血管性危险因素、卒中的特性及神经病学体征,筛选出痴呆的有关危险因素后,进行多因素logistic回归模型分析。结果 脑梗死3个月后,卒中相关性痴呆发生率为21.6%,其最危险的因素是言语障碍(*OR*值为8.065;$P<0.01$),年龄、低教育水平、每日饮酒、卒中史、心房纤颤及左颈动脉供血障碍也是卒中相关性痴呆的危险因素(*OR*值分别是1.175,2.178,4.261,3.258,3.450,2.003;$P<0.05$)。结论 卒中相关性痴呆的发生率是由多种危险因素综合作用决定的。

关键词:卒中相关性痴呆;危险因素;logistic回归分析
中图法分类号:R181;R749.16 文献标识码:A

Risk factors for stroke-related dementia

TANG Ming-shan, ZHOU Hua-dong, LI Jing-cheng, WANG Yan-jiang, GAO Chang-yue (Second Department of Neurology, Institute of Surgery Research, Daping Hospital, Third Military Medical University, Chongqing 400042, China)

Abstract: Objective To investigate the incidence and risk factors of stroke-related dementia. Methods A follow-up for 3 months of a total of 403 consecutive patients with ischemic stroke was conducted. The general data, vascular risk factors, stroke features, and neurological status information were collected, logistic regression analysis was used to find the risk factors for stroke-related dementia. Results The incidence rate of stroke-related dementia at 3 months after cerebral infarction was 21.6%. The main risk factor was dysphasia ($OR=8.065$, $P<0.01$). Other risk factors included age, low educational level, daily drinking, stroke history, atrial fibrillation, and left carotid territory infarction ($OR=1.175$, 2.178, 4.261, 3.258, 3.450, and 2.003, $P<0.05$). Conclusion The incidence of stroke-related dementia is affected by multiple factors.

Key words: stroke-related dementia; risk factors; logistic regression

血管性痴呆是脑血管疾病所致的智能及认知功能损害的严重结果,常以卒中后存活3月以上的患者为研究对象,包括卒中后发生的痴呆和卒中前就已经发生的痴呆[1]。血管性痴呆的发病率较高,积极治疗可避免病情呈阶梯式恶化,它是目前惟一可预防的一类痴呆[2]。关于血管性痴呆的研究,目前已有较多文献报道,但由于种族、地域及研究方法的不同,对其发病率、危险因素的认识也不一致[3]。目前对重庆市血管性痴呆的研究较少,且许多卒中前痴呆的病因不明,当前尚无资料准确反映本地血管性痴呆的发生情况。本研究以我院收治的脑梗死住院患者为对象,排除卒中前已经发生痴呆的患者后,探讨卒中相关性痴呆的发病率及危险因素。

作者简介:唐明山(1969-),男,四川省广安县人,博士研究生,主治医师,主要从事痴呆方面的研究。电话:(023)68757181

收稿日期:2004-01-17;修回日期:2004-06-13

1 对象和方法

1.1 研究对象

筛选从1999年5月8日至2000年12月31日来我院住院的403例急性缺血性卒中患者,年龄55~94岁,男性295例,女性251例。全部为本地居民。观察对象要求:在48 h内的急性发作缺血性卒中,年龄>55岁,存活3个月以上。下述情况患者不包含在本研究中:伴有影响认知功能的其他神经病学紊乱(如严重的Parkinson病)、其他类型痴呆或卒中前痴呆,严重躯体疾病、严重听力及视力障碍影响认知功能的评估,合并意识障碍,以前持续存在的精神发育迟滞,严重言语障碍(RVR评分<6),资料不可靠,严重的脑瘤或脑手术史,不居住在重庆。

1.2 方法

1.2.1 调查方法 全部病例采用统一调查表,内容包括脑卒中患者一般特征(年龄、性别、右利手、教育水平)、血管性危险因素、卒中的特性及神经病学体征共28个因素;教育水平分为低(≤6年,包括文盲、小学文化水平者)、高(>6年,包括初中及以上文化水平者)两种。卒中3个月后由同一医师采用入院时同一标准进行认知和社会功能评估,342例在医院进行随

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

访, 61 例在家随访。按诊断结果分为痴呆组与非痴呆组。

1.2.2　神经心理学检查方法　　卒中发生后 7～10 d 对所有对象进行神经心理学检查, 检查包括中文版简易智能状态检查(Chinese version of the Mini-Mental state examination, CMMS)、日常生活能力量表(activity of daily living, ADL), 工具性日常生活能力(instrumental activity of daily living, IADL)、Pfeffer 功能活动调查表(Pfeffers outpatient disability questionnaire, POD)、物体记忆广泛认知检查(fuld object memory evaluation, FOM)、快速词汇检测(rapid verbal retrieve, RVR)、韦氏成人智力量表(Wechsler adult intelligence scale: DS and BD subtest, WAIS: DS 及 BD 测验)及汉密顿抑郁量表(Hamilton depression rating scale, HDRS)。此前已在老年社区中建立了地区、性别、教育水平及文化相同的正常标准[4]。得分≤正常值的 2 个标准差(standard deviation, SD)视为异常。该范围包含所有的对象, *K* 检验可信度为 0.91。

1.2.3　诊断方法　　缺血性卒中的诊断根据急性缺血性灶性脑功能障碍>24 h 及 CT 或 MRI 影像。痴呆诊断和统计采用简易智能量表 DSM-Ⅳ。当患者入院时或卒中 3 个月后, 由神经病内科主治医师以上医师对痴呆作出临床诊断。

1.2.4　统计学方法　　实验数据用 SPSS10.0 统计软件行 χ^2 检验、*t* 检验, 以上述差异显著的变量为自变量, 以痴呆为因变量, 再进行多因素非条件 logistic 回归分析。

2　结果

2.1　一般特征

403 例卒中患者 87 例发生血管性痴呆, 占 21.6%。痴呆组年龄(73.8±7.5)岁, 非痴呆组(65.3±6.8)岁, 痴呆病人的平均年龄比非痴呆病人大 8.5 岁($P<0.01$), 两组间年龄差异显著。痴呆组教育水平低(≤6 年)(*OR* 2.757, 95%CI 1.773～4.285), 有显著差异。二组就女性比例(*OR* 0.966, 95%CI 0.632～1.476)、右利手(*OR* 1.420, 0.462～4.369)无明显差异。

2.2　血管性危险因素

表 1 显示痴呆组与非痴呆组的血管性危险因素, 痴呆患者中所有的血管危险因素均高, 糖尿病、心房纤颤、卒中史及每日饮酒在统计学上有显著差异(表 1)。

表 1　痴呆与非痴呆患者的血管危险因素

Tab 1　Vascular risk factors in demented and nondemented patients

Vascular risk factors	Demented (n=87)	Nondemented (n=316)	χ^2	P
Hypertension, n(%)	57(67.8)	208(65.8)	3.952	>0.05
Diabetes Mellitus, n(%)	20(23.7)	49(15.5)	5.216	<0.05
Heart failure, n(%)	18(20.3)	57(18.0)	3.472	>0.05
Atrial fibrillation, n(%)	22(26.3)	25(7.9)	2.056	<0.01
Myocardial infarction, n(%)	19(22.0)	60(19.0)	2.975	>0.05
Prior stroke, n(%)	33(38.1)	68(21.5)	9.924	<0.05
Prior TIA, n(%)	14(16.1)	44(13.9)	3.245	>0.05
Current smoking, n(%)	16(18.6)	51(16.1)	3.876	>0.05
Everyday drinking, n(%)	15(16.9)	31(9.8)	9.562	<0.05

2.3　卒中的特性

两组 NIHSS 评分差异不显著(P=0.214), 两组间左颈动脉供血障碍、多发卒中、栓塞差异明显(表 2)。

表 2　痴呆与非痴呆患者的卒中特性

Tab 2　Stroke features in demented and nondemented patients

Feather	Demented (n=87)	Nondemented (n=316)	χ^2	P
Vascular territory, n(%)				
Left carotid	46(52.9)*	126(39.9)*	5.832	<0.05
Right carotid	34(39.1)	149(47.1)	2.754	>0.05
Vertebrobasilar	7(8.0)	41(13.0)	2.968	>0.05
Type of lesion, n(%)				
Single	47(54.0)	237(75.0)	3.157	>0.05
Multiple	40(46.0)§	79(25.0)§	5.527	<0.05
Mechanism of Stroke, n(%)				
Thrombotic	65(74.7)	285(90.1)	2.963	>0.05
Embolic	19(21.8)#	21(6.6)#	4.156	<0.05
Others	3(3.5)	10(3.2)	1.714	>0.05
NIH Stroke Scale (SD)	1.96(3.1)	1.85(3.0)		

*: $P<0.05$ *vs* right; §: $P<0.05$, *vs* single; #: $P<0.05$ *vs* thrombotic

2.4　神经病学体征

与非痴呆组比较, 痴呆组常有言语障碍及步态损害, 但痴呆组言语障碍者左颈动脉供血障碍的比例与非痴呆组言语障碍者左颈动脉梗塞的比例相似(78.6% *vs* 75.0%, P=0.786)(表 3)。

表 3　痴呆与非痴呆患者的神经病学状态

Tab 3　Neurological status of demented and nondemented patients

Neurological Signs	Demented (n=87)	Nondemented (n=316)	χ^2	P
Dysphasia, n(%)	21(24.1)	16(5.1)	15.473	<0.01
Dyskinesia, n(%)	37(42.5)	130(41.1)	2.351	>0.05
Sensory disturbance, n(%)	14(16.1)	54(17.1)	3.147	>0.05
Cranial nerve sign, n(%)	7(8.0)	34(10.7)	1.762	>0.05
Cerebellum sign, n(%)	5(5.7)	13(4.1)	1.357	>0.05
Bulb sign, n(%)	7(8.7)	12(3.8)	2.184	>0.05
Gait impairment, n(%)	41(47.1)	108(34.2)	4.752	<0.05

2.5　危险因素

回归分析表明, 年龄、低教育水平、每日饮酒、卒中史、心房纤颤、言语障碍及左颈动脉供血障碍是血管性痴呆的危险因素(P<0.05)(表 4)。

表 4　血管性痴呆的危险因素

Tab 4　Risk factors for vascular dementia by multiple logistic regression

Variable	B	SE	Wald	*OR*(95%CI)	P
Age	0.162	0.024	44.542	1.175(1.121～1.233)	0.043
Low education level	0.779	0.322	5.855	2.178(1.159～4.093)	0.037
Everyday drinking	1.449	0.427	11.518	4.261(1.845～9.841)	0.012
Prior stroke	1.181	0.327	13.075	3.258(1.718～6.180)	0.027
Atrial fibrillation	1.238	0.397	9.726	3.450(1.584～7.512)	0.024
Dysphasia	2.088	0.438	22.738	8.065(3.419～19.021)	<0.000
Left carotid territory	0.695	0.305	5.180	2.003(1.101～3.644)	0.041
Constant	−14.147	1.791	62.424		

3　讨论

由于无可靠的资料了解患者入院前的认知状态,

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net

我们认为入院时的痴呆即是卒中前的痴呆，因此某些卒中后出现的痴呆，可能被排除于本研究外，使本研究受限。本研究共有87例符合血管性痴呆的诊断标准，占21.6%，低于国内外有些报道[3,5]，与国外一些报道接近[6,7]，说明重庆不是血管性痴呆的高发区。

对各项因素进行logistic回归分析表明，老年、低教育水平(≤6年)、每日饮酒、心房纤颤、卒中史、左颈动脉供血障碍、言语障碍与卒中相关性痴呆明显相关，与国内外其他研究相符[5,6]。有人认为性别、吸烟、卒中严重性是痴呆的危险因素，与本研究不一致[7]；本研究还认为，对于高血压、糖尿病、心脏病、TIA等公认的卒中危险因素[3,6,7]，与卒中相关性痴呆并无直接关联，再次证实了我们以前对老年人认知损害危险因素的研究[4]。

语言交流是获取信息的重要方式，卒中患者由于本身疾病的影响，可能导致日常活动减少，而言语障碍进一步造成患者与外界接触困难，信息获取量减少，大脑主动活动性降低，这可能是造成卒中相关性痴呆的重要原因。本研究言语障碍是卒中相关性痴呆最重要的危险因素，与其他研究一致[8]。某些报道认为每日饮酒不是血管性痴呆的危险因素[8]，本研究中每日饮酒是卒中相关性痴呆的第二大危险因素，具有区域的差异性。

心房纤颤是卒中相关性痴呆的另一危险因素，与Desmond等[6]的研究相符，心房纤颤与痴呆及认知损害明显正相关，在高龄人群中更明显。本研究中，卒中史也是卒中相关性痴呆的危险因素，说明再发卒中将增加痴呆的危险。有研究显示，左颈动脉供血障碍、低教育水平及年龄是血管性痴呆的危险因素[8]，与本研究基本一致。

总之，卒中相关性痴呆的发生是由于多种危险因素并存及综合作用的结果，必须全面考虑，结合本地患者具体情况，采取多种措施，才能延缓或阻止血管性痴呆的发生。

参考文献：

[1] Barba R, Morin M D, Cemillan C, *et al*. Previous and incident dementia as risk factors for mortality in stroke patients[J]. Stroke, 2002, 33(8): 1993-1998.

[2] Gorelick P B. Status of risk factors for dementia associated with stroke[J]. Stroke, 1997, 28(2): 459-463.

[3] Pohjasvaara T, Ylikoski R, Leskela M, *et al*. Evaluation of various methods of assessing symptoms of cognitive impairment and dementia[J]. Alzheimer Dis Assoc Disord, 2001, 15(4): 184-193.

[4] Zhou H D, Deng J, Li J, *et al*. Study of the relationship between cigarette smoking, alcohol drinking and cognitive impairment among elderly people in China[J]. Age Ageing, 2003, 32(2): 205-210.

[5] 单培彦，王淑真，焉传祝，等. 血管性痴呆相关因素的分析[J]. 中风与神经疾病杂志，1999，16(6)：367-368.

[6] Desmond D W, Moroney J T, Paik M C, *et al*. Frequency and clinical determinants of dementia after ischemic stroke[J]. Neurology, 2000, 54(6): 1124-1131.

[7] Desmond D W, Remien R H, Moroney J T, *et al*. Ischemic stroke and depression[J]. J Int Neuropsychol Soc, 2003, 9(3): 429-439.

[8] Bond G E, Burr R, McCurry S M, *et al*. Alcohol, aging, and cognitive performance in a cohort of Japanese Americans aged 65 and older[J]. Int Psychogeriatr, 2001, 13(2): 207-223.

(编辑 栗 嘉)

(上接1526页)

色:PR强阳性、ER阳性。病理诊断:左乳腺浸润性导管癌，伴左腋下淋巴结转移11/17。

讨论

男性乳腺癌是很少见的恶性肿瘤，占全部乳腺癌患者的0.5%~1.0%，约占男性恶性肿瘤的1.0%[1,2]。男性乳腺癌的发病年龄比女性患者约晚10年左右，国外文献[3]报道为64岁，本组2例患者平均年龄为65.5岁。男性乳腺癌病程较长，病期短，易误诊为男性乳腺发育，早期发现确诊治疗预后较好，文献报道手术治疗5年生存率达75%。本组例2发现包块，曾两次局部切除，均未作病理检查以确诊。因此，我们认为男性乳腺肿块应重视病理检查，以免延误诊治。男子乳腺不发达，只有很薄一层乳腺组织，癌易侵及皮肤、胸肌筋膜，也易穿透乳腺组织侵入区域淋巴结。病理类型多为浸润性导管癌，由于正常男性缺乏乳腺小叶，所以小叶癌少见，此2例均为浸润性导管癌。临床研究表明男性乳腺癌比女性乳腺癌更具有激素依赖性，ER阳性率高达64%~76%，女性患者ER阳性率为50%~60%[4]，本组2例ER均为阳性。

男性乳腺癌的治疗:以乳房根治切除术或乳房改良根治切除术远期存活率较高，优于单纯切除术，术后补充放疗或化疗，尤其是乳区放疗，不应忽视。辅助化学治疗包括三胺硫磷、5-氟尿嘧啶、环磷酰胺、氨甲蝶呤。ER阳性患者对内分泌治疗具有良好反应，应用Tamoxifen是值得提倡的，约80%的患者对于内分泌治疗是有效的[5]；ER阴性及术后淋巴结转移患者宜辅助化疗，对乳内、腋窝、锁骨上及胸壁放疗可以明显减少肿瘤局部复发，但不能提高生存率。

关键词：乳腺癌；男性

中图法分类号：R737.9 文献标识码：B

参考文献：

[1] Bruce D M, Heys S D, Payne S, *et al*. Male breast cancer: clinicopathological features, immunocytochemical characteristics and prognosis[J]. Eur J Surg Oncol, 1996, 22(1): 42-46.

[2] 杨名添，黄直凡. 男性乳腺癌的治疗分析[J]. 中华外科杂志，1993，13(5)：290-292.

[3] Joshi M G, Lee A K, Loda M, *et al*. Male breast carcinoma: an evaluation of prognostic factors contributing to a poorer outcome[J]. Cancer, 1996, 77(3): 490-498.

[4] 魏 瑞，袁 君. 14例男性乳腺癌远期疗效分析[J]. 中国现代医学杂志，2000，10(10)：99.

[5] 韦尉东，吴瑞景，黄植蕃. 43例男性乳腺癌的治疗及预后分析[J]. 广东医学，2002，23(3)：253-254.

(编辑 张 宁)

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net