

·短篇论著·

脑梗死患者记忆障碍的病例对照研究*

吴安娜¹ 陈长香^{1,2} 李建民¹

记忆是指获得的信息或经验在脑内贮存和提取的过程,这一过程的障碍称为记忆障碍^[1]。多种疾病可导致记忆障碍,以脑血管疾病为著。有研究发现记忆减退的人群每年有2.1%转化为阿尔兹海默病(Alzheimer's disease, AD),即老年性痴呆,是正常人年转化率的2倍^[2]。脑梗死后,可引起认知障碍,进而发生血管性痴呆(vascular dementia, VD),而VD最早出现的认知功能缺陷是记忆减退^[3-4]。故对老年脑梗死患者记忆障碍特点及类型的研究能为早期发现和预防认知障碍提供科学依据。

1 对象与方法

1.1 对象

脑梗死组:2010年4月—2011年4月河北联合大学附属医院神经内科住院脑梗死患者107例,男性67例,女性40例。年龄60—80岁,平均年龄(64.08±8.12)岁。文化程度:文盲7人,小学毕业45例,初中及以上55例。对照组:同期门诊查体的老年人110例,男性70例,女性40例。年龄60—80岁,平均年龄(67.32±6.21)岁。文化程度:文盲8例,小学45例,初中及以上57例。两组一般资料经均衡检验具有可比性($P>0.05$)。

1.1.1 脑梗死组:符合1995年中华医学会第四次全国脑血管病学术会议修订的《各类脑血管疾病诊断要点》中脑梗死诊断标准^[5];除外痴呆诊断。纳入标准:符合脑梗死诊断;发病后10—14d;年龄在60岁以上,80岁以下者;知情同意,自愿接受评测者。排除标准:严重视、听功能障碍及视、听器官的失用,不能配合检查者;卒中病史且遗留严重后遗症者;患有影响认知功能的其他神经系统疾病(如严重的帕金森病、脑肿瘤、脑炎等);意识障碍不能配合者;其他可引起认知损害的疾病,如甲状腺功能异常、严重贫血等;过去6个月内确定为酒精或药物依赖者;评测过程中提出终止要求及评测失败者。

1.1.2 对照组:纳入标准:60—80岁同期门诊查体的老年人。生活基本能自理,无严重的视力、听力障碍,自愿参加调

查和测试。排除标准:存在可能引起脑功能障碍的神经系统疾病和严重的内科疾病;存在影响测验实施的视觉及听觉障碍;药物或酒精依赖症;正在服用可能影响认知功能药物者。

1.2 方法

应用英国Rivermead康复中心设计的行为记忆测验第2版(the Rivermead Behavioral Memory Test Second Edition, RBMT-II)。RBMT-II初评分包括13个项目:记姓名、记被藏物品、预约时间、图片再认、故事即刻回忆、故事延迟回忆、脸部再认、路线即刻回忆、定向、日期、路线延迟回忆、信件即刻和延迟回忆。每项由初步积分换算成标准分。2分为满分,1分为较差,0分为差,12项满分为24分(其中定向和日期合并成一项计算)。总分24—22分为正常,21—17分为轻度记忆障碍,16—10分为中度记忆障碍,9—0分为重度记忆障碍^[6-7]。

1.3 统计学分析

运用SPSS13.0进行数据统计,计量资料用 t 检验,计数资料用 χ^2 检验。

2 结果

两组人群记忆障碍的患病情况比较,结果显示脑梗死组记忆障碍患病率比对照组高且程度重,有显著性意义($P<0.01$)。见表1。两组人群RBMT-II单项初评分及总标准分比较结果显示单项初评分中图片再认、故事延迟回忆、脸部再认、立即回忆路线、立即回忆信件、信件延迟回忆、定向7项评分及总标准分脑梗死组显著低于对照组($P<0.01$ 或 $P<0.05$)。见表2。

表1 两组人群记忆障碍的患病情况比较

组别	正常		轻度		中度		重度		χ^2	P
	例	%	例	%	例	%	例	%		
脑梗死组	4	3.74	34	31.78	53	49.53	16	14.95	17.446	0.001
对照组	12	10.91	57	51.82	34	30.91	7	6.36		

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2012.06.021

*基金项目:河北省科技厅科技支撑项目(2009276103D-3)

1 河北联合大学护理与康复学院,河北唐山,063000; 2 通讯作者
作者简介:吴安娜,女,在读硕士; 收稿日期:2011-07-12

表2 两组人群RBMT-II 单项初评分及总标准分比较 ($\bar{x} \pm s$)

测试项目	脑梗死组	对照组	<i>t</i>	<i>P</i>
回忆姓名	2.13 ± 1.67	2.35 ± 1.53	-0.989	0.324
被藏物品	3.24 ± 0.87	3.35 ± 1.03	-0.795	0.427
回忆预约	1.06 ± 0.61	1.15 ± 0.72	-1.088	0.278
图片再认	9.45 ± 1.39	9.83 ± 0.56	-2.623	0.010
立即回忆故事	3.44 ± 2.14	3.91 ± 2.41	-1.503	0.134
故事延迟回忆	2.29 ± 1.80	3.14 ± 1.92	-3.369	0.001
脸部再认	4.34 ± 1.04	4.89 ± 0.99	-2.833	0.007
立即回忆路线	10.38 ± 1.50	10.76 ± 0.68	-2.402	0.018
路线延迟回忆	10.47 ± 1.38	10.70 ± 1.18	-1.337	0.183
立即回忆信件	2.08 ± 0.65	2.48 ± 0.60	-4.690	0.000
信件延迟回忆	2.31 ± 0.82	2.66 ± 0.58	-3.685	0.000
定向	7.71 ± 1.84	8.31 ± 0.99	-2.974	0.003
日期	1.69 ± 0.67	1.75 ± 0.61	-0.728	0.467
总标准分	14.66 ± 4.62	17.16 ± 4.16	-4.195	0.000

3 讨论

随着老龄化程度日益严重,老年人的生存质量也备受关注,其变化最为明显的是认知功能障碍。老年人的认知功能会随着年龄的增长而下降。除生理性变化外,由某些慢性疾病引起的大脑器质性病理改变(如脑梗死)也是影响认知功能的重要原因。研究发现脑卒中患者3—15个月内发生认知功能减退者超过30%,其中9%发展为痴呆^[8]。本研究应用英国Rivermead康复中心设计的行为记忆测验第2版对脑梗死患者进行记忆功能的测试,比一般标准的记忆测验的临床实用性更强,可反映日常记忆功能,避免学习效应,适用人群广,符合神经心理学测验的使用要求。

本研究发现对照组老年人和脑梗死老年人均可发生记忆障碍。两组比较结果显示,脑梗死组记忆障碍患病率高且程度重,有显著性意义($P < 0.01$)。其原因一是脑梗死后会引起脑神经元的缺血缺氧而发生变性坏死,与记忆有关神经递质分布紊乱,从而影响记忆功能^[9];二是脑梗死后脑的边缘系统等与智能有关的部位受损或影响了记忆环路的重要结构^[10-11],从而引起记忆障碍。

脑梗死组比对照组RBMT-II 评分明显降低,其中图片再认、故事延迟回忆、脸部再认、立即回忆路线、立即回忆信件、信件延迟回忆、定向7项评分及总标准分共8项有显著性意义($P < 0.01, P < 0.05$)。这与国内外的研究部分一致^[12-14]。人的记忆是人脑对输入信息进行编码、储存和提取的过程,而RBMT-II 工具可以帮助了解这一过程的受损情况。该评测的一个特点是大部分项目均有提示,提示后若患者能回忆其信息,说明其主要是提取有困难,编码与储存相对较好;若提示后仍不能想起,表明其编码和储存均存在问题。在上述有显著性意义的各项中,故事、路线以及信件项目在测试过程中均有提示,但提示后仍无法完成,由此可见脑梗死后患者的整个记忆过程均发生障碍。从记忆的环节分析,图片再

认和脸部再认障碍可提示脑梗死患者的识记或保持环节存在障碍。定向力问题主要是脑梗死患者从家庭到医院环境的暂时改变和疾病本身所致。

脑卒中引发的严重记忆障碍可发展为血管性痴呆。临床记忆功能检测的开展有益于早期发现认知功能损害并及时采取治疗与康复措施以预防和延缓血管性痴呆的发生。

参考文献

- [1] 静进.神经心理学[M].北京:中国医药科技出版社,2005.92—96.
- [2] Pritchard LS, John ER, Ferris SH, et al. Prediction of longitudinal cognitive decline in normal elderly with subjective complaints using electrophysiological imaging[J]. *Neurobiol Aging*, 2006,27(3):471—478.
- [3] Lesniak M, Bak T, Czepiel W, et al. Frequency and prognostic value of cognitive disorders in stroke patients[J]. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 2008,26(4):356—363.
- [4] 李凤鹏,郑健.血管性痴呆与脑梗死认知功能障碍的特征分析[J]. *中国临床康复*, 2004,8(10):1804—1805.
- [5] 全国第四届脑血管病学术会议.各类脑血管疾病诊断要点[J]. *中华神经科杂志*, 1996,29(6):379—380.
- [6] 郭华珍,挥晓平. Rivermead行为记忆测验第2版介绍[J]. *中国康复理论与实践*, 2007,13(10):909—910.
- [7] Wills P, Clare L, Shiel A, et al. Assessing subtle memory impairments in the everyday memory performance of brain injured people: exploring the potential of the Extended Rivermead Behavioural Memory Test[J]. *Brain Injury*, 2000,14(8):693—704.
- [8] Ballard C, Rowan E, Stephens S, et al. Prospective follow-up study between 3 and 15 months after stroke: improvements and decline in cognitive function among dementia-free stroke survivor > 75 year of age[J]. *Stroke*, 2003,34(10):2440—2444.
- [9] 李强,王景周,张莉莉,等.血管性痴呆患者血浆、脑脊液 Ang II, AVP, NSE 含量的变化及其临床意义[J]. *中国神经免疫学和神经病学杂志*, 2003,10(2):90—93.
- [10] Lim C, Alexander MP. Stroke and episodic memory disorders[J]. *Neuropsychologia*, 2009,47(14):3045—3058.
- [11] Snaphaan L, Rijpkema M, van Uden L, et al. Reduced medial temporal lobe functionality in stroke patients: a functional magnetic resonance imaging study[J]. *Brain*, 2009,132(7):1882—1888.
- [12] 刘中华,杨莹,刘忆星.老年无症状腔隙性脑梗死患者的记忆障碍[J]. *广东医学*, 2009,30(9):1310—1311.
- [13] 郁可,王庆松,李从阳,等.蒙特利尔认知评估量表对脑梗死患者认知功能障碍评估的初步临床研究[J]. *中华老年心脑血管病杂志*, 2010,12(9):826—828.
- [14] Yassuda MS, Flaks MK, Viola LF, et al. Psychometric characteristics of the Rivermead Behavioural Memory Test (RBMT) as an early detection instrument for dementia and mild cognitive impairment in Brazil[J]. *International Psychogeriatrics*, 2010,22(6):1003—1011.