

痴呆前轻度认知障碍的相关中医术语探讨^{*}金香兰 张允岭[#] 韩振蕴 陈宝鑫 高 芳

(北京中医药大学东方医院 北京 100078)

摘要: 痴呆前轻度认知障碍在古籍中没有完全相对应的病名。目前描述这一异常状态的中医术语大多沿用痴呆相关词汇,为准确客观反映和记录这一阶段,进而为证候学研究以及建立辨证规范奠定基础,我们从记忆力、语言、执行能力、判断力、计算力等方面入手,经长期临床观察并结合相关古籍整理,探讨总结痴呆前轻度认知障碍相关中医术语,力求为该病中医术语规范化做出探索性的工作。

关键词: 痴呆;轻度认知障碍;中医术语

中图分类号: R2-031

Discussion on terms of mild cognitive impairment in pre-dementia in traditional Chinese medicine

JIN Xiang-lan, ZHANG Yun-ling[#], HAN Zhen-yun, CHEN Bao-xin, GAO Fang

(Dongfang Hospital Beijing University of Chinese Medicine Beijing 100078)

Abstract: There are lacks of terms for mild cognitive impairment in pre-dementia in ancient medical literatures of traditional Chinese medicine (TCM). Most of TCM terms for this abnormal state adopt the glossaries of dementia. In order to record the disease progress objectively and establish the fundamental terms for syndrome study and standardization of syndrome differentiation, we explored the standardization of TCM terms for the disease. The study is based on the long-term clinical observation and ancient medical literatures, summarizing the terms of TCM for describing mild cognitive impairment in pre-dementia from the ability of memory, language, executive function, sense and calculation.

Key words: dementia; mild cognitive impairment; terms of traditional Chinese medicine

痴呆是由于脑功能障碍而产生的获得性和持续性智能障碍综合征。痴呆最常见为阿尔茨海默病 (Alzheimer's disease, AD), 血管性痴呆 (vascular dementia, VaD) 及混合性痴呆。其轻者可见善忘、神志淡漠、少言寡语、迟钝等症, 重者常表现为神情呆滞、缄默不语、举动不经、或哭笑无常、数日不知饥饿等。一般痴呆前轻度认知障碍阶段, 难以引起患者和家属足够重视, 从轻度认知障碍到痴呆的发生, 存在着或渐进加重或波动加重、时轻时重的进展过程, 总体趋势是不断加重^[1], 一旦痴呆形成, 现今的

医学水平尚不能阻止其进程, 更不可能使其病愈如初, 给患者、家庭和社会带来了极大的痛苦和负担, 已成为重要的公众健康及社会问题。因此越来越多的学者将痴呆前的轻度认知障碍作为研究的重点。

开展痴呆前轻度认知障碍研究, 首先是如何发现, 如何准确描述、记录, 客观反映这一异常状态, 是本研究领域中共性的问题, 众多的中、西医学者均在探索中。病人和家属难以描述, 似是而非、似有似无, 医者难以从病人和家属众多的陈述中, 用准确客观的术语描述, 当前往往是把痴呆术语用来描述

金香兰, 女, 在读博士生

[#]通讯作者: 张允岭, 男, 博士, 教授, 博士生导师

^{*} 首都医学发展科研基金联合攻关资助项目 (No. SF-2005-3), 北京市新医药学科群建设资助项目 (No. XK100270569), 211 工程重点学科建设资助项目

轻度认知障碍的患者,如用神情呆滞、言辞缺乏、淡漠痴呆、终日不语、喃喃自语等来描述轻度认知障碍患者,显然程度过重,并且术语中参杂很多相关西医学术语,如计算力下降、失用、失认、失语、抽象思维差等,既没有充分体现中医特色,对于辨证论治也不能提供很好的信息。

我们在科技部“九五”国家攻关课题老年期血管性痴呆临床研究基础上,近年来把工作重心前移到痴呆前轻度认知障碍研究中,发现痴呆前轻度认知障碍的患者虽然没有达到痴呆程度,但与正常老年人相比较确实存在异常^[3]。为准确客观描述这一异常状态,进而为证候学研究以及建立辨证规范奠定基础,我们在多年临床观察的基础上对相关古籍进行整理,探索痴呆前轻度认知障碍相关中医术语。

1 记忆力障碍

记忆是通过识记、保持、再现和再认等方式在脑中积累个体经验的心理过程。随着年龄的增长,记忆、获取和保持新信息并回忆事物名称以及避免分散正在进行活动的注意力的能力逐渐减弱。正常老年人随年龄增长记忆力下降主要在提取困难,同时伴有编码储存困难。为了更好地研究人的记忆障碍,国外有人提出了“年龄相关记忆缺损”的概念。增龄性记忆缺损与痴呆的认知障碍区别在于:前者是启动回忆困难,可通过暗示使回忆得到改善,并且它极少恶化或可以维持很多年而不影响当事人的工作和日常起居,后者是记忆过程受损,信息未进入信息库,暗示不能改善回忆,并且记忆障碍继续发展,除记忆障碍外,还有语言、定向力、计算力、视空间乃至人格等方面障碍。痴呆前轻度认知障碍是与痴呆密切相关的异常阶段,二者在记忆力下降方面具有相似或相同的特征。

我们发现痴呆前轻度认知障碍的记忆下降多以近事记忆及瞬时记忆损害明显,其程度超过了同年龄、同教育背景的人,但尚未达到痴呆,其日常生活能力保持完整,这种异常状态反复或持续出现,且时好时坏,波动进展,并伴有其他认知功能下降及情感障碍^[1-2]。经常看到轻度认知障碍患者对自己说过的话记不清或不知道自己准备干什么事情,常常出错或因想不起来而虚构,给人感觉患者在说谎,家属称患者“有时糊涂,有时清醒”。进一步调研筛查文献,我们找到了较为贴切的描述,如《灵枢·本神》“喜忘其前言”“言善误”等^[3],明·戴思恭《推求师意》^[4]针对这一状态指出:“为事有始无终,言谈不

知首尾,所过之事转盼遗忘。”明·方谷《医林绳墨》^[5]记载:“有问事不知首尾。作事忽略而不记者,……而问对可答,……若痴若愚,健忘而不知事体者。”清·陈士铎在《辨证奇闻》^[6]中对瞬时记忆的描述有:“人有对人说话,随说随忘,人述其言,杳不记忆,如从前并不道及。”清·李中粹《证治汇补》有“健忘者,陡然而忘其事也,为事有始无终,言谈不知首尾”“转盼遗忘”等^[7],都是对短时记忆损伤的描述。

认知障碍患者不仅近事记忆及瞬时记忆减退,且这种记忆障碍不单是启动回忆困难,暗示亦不能改善其症状,并且反复出现,持续存在,时作时止。明·龚居中《痰火点雪》^[8]谈到:“健忘者,陡然而忘其事,尽心竭力,思忖不来,为事有始无终,言谈不知首尾,时作时止。”明·王肯堂《证治准绳》^[9]中指出:“心之昏者,精神既短,则目前不待于伤心,而不能追忆其事矣”“语后便忘,不俟终日已。神志不定,事多健忘”“多忘善误”。明·龚廷贤《寿世保元》^[10]曰:“夫健忘者,陡然而忘其事也。尽心力思量不来。为事有始无终。言谈不知首尾。”清·王孟英《重庆堂随笔》^[11]曰:“语后便忘,不俟终日,纵复追忆,邈若山河。”

痴呆前轻度认知障碍患者不单出现记忆障碍,往往可以同时伴随其他症状,如主动性差,抽象思维降低,运动操作和信息处理速度减慢及组织、分析、判断和概括能力下降等。还常伴有淡漠、抑郁、自私猜疑和情绪不稳等精神和情感障碍,与正常人有差别。对于这类综合表现,唐·孙思邈《千金翼方》^[12]中有非常生动的描述,如“好怒好忘”“人五十以上,阳气日衰,忘前失后,兴居怠惰,计授皆不称心,视听不稳”“健忘嗔怒,性情变异。”明·杨继洲在《针灸大成》^[13]中指出“健忘者,陡然而忘其返也。……忧思过度,损其心包,乃致神舍不清,遇事多忘”,认为记忆障碍患者可以伴有精神方面的症状,如忧愁、思虑过度等,比较符合现代对轻度认知障碍患者可伴有情感障碍的认识。

可以看出痴呆前认知障碍的人群记忆力损害可以用“言谈不知首尾,时作时止”“转盼遗忘”“语后便忘,不俟终日,尽心力思量不来”“多忘善误”“遇事多忘”“恍惚多忘”等术语来描述。

2 语言障碍

语言是人脑的高级功能之一,通过应用符号达到交流的能力,包括口语和书写符号(文字)的表达和理解,即说、听、写和读。语言障碍是大脑高级功

能障碍的一个敏感指标。

正常人语言流畅,语速正常,发音清晰,表述明确,谈话内容有条理,词汇丰富、生动,听、读、写能力正常。而痴呆患者常常因口语中缺乏实质词汇而成为不能表达意思的空话,或用过多的解释来表达说不出的词汇而成赘语。随着病情发展,自发言语愈益空洞,命名困难也愈益明显。从轻度认知障碍到痴呆,患者言语的发音、语调及语法结构相对保留,而语义方面则进行性受损。与此同时,听、理解障碍严重,常答非所问,交谈能力下降,以致不能交谈,进而出现模仿语言和重语症,最后患者仅能发出不可理解的声音,终至缄默。

我们在前期临床研究发现痴呆前轻度认知障碍的患者言语障碍主要表现为语言发生中断和犹豫的次数增多,书写中断,自发言言中明显的找词困难、词汇量减少,重复言语,错语,语速减缓等为主。还要和患者既往相比较,部分患者尤其高学历患者虽然也能正常交流,描述准确,但与既往自身状态相比较存在词汇量减少,且不愿意主动说话等现象。中医对这类语言障碍有非常贴切的描述,如《灵枢经》中“言善误”^[3],元·危亦林《世医得效方》中“健忘失事,言语如凝”^[14],清·尤怡《金匱翼》中“错语善忘,懒言语”^[15],清·俞根初《三订通俗伤寒论》中“语言懒”^[16]等。

临床上还可以见到痴呆前轻度认知障碍患者在言语障碍的同时还伴有记忆障碍等,且这种言语障碍可能因为记忆下降而导致症状更加明显,表现出错语、言语重复、语速减慢等现象,如明·朱棣《普济方》中“言语无度”^[17],明·张太素《订正太素脉诀》中“心部浮主心虚,触事易惊,神不守舍,……言语错谬”^[18],明·龚廷贤《寿世保元》中“言语重复”^[19],民国·丁甘仁《丁甘仁医案》中“语无次序、默默不言、多言不定”^[19]等。

可以看出痴呆前轻度认知障碍的语言障碍可以用“言语懒”“言善误”“言语重复”“多言不定”“言语如凝”等词汇来描述。

3 执行能力、判断力、计算力障碍

执行功能是指有效地启动并完成自己决定的、有目的的活动能力。执行功能需要意志活动的参与,含有启动、计划、有效地进行有目的、方向的活动以及自我调整等内容。由于执行功能是一种比较复杂的活动过程,因此尚没有很满意的、获得公认的评定方法。执行功能障碍在近几年认知障碍的研究中逐渐被人们所重视。计算功能是一种极其复杂的认

知过程,它需要包括言语表达、空间、记忆和执行功能在内的多种技能的参与,大部分脑部病变的患者都会出现不同程度的计算障碍。评价计算障碍的损伤程度、找出导致计算障碍的不同原因、尽早发现与计算功能障碍相关的其他认知障碍、对于早期发现认知障碍非常重要。

临床研究发现痴呆前轻度认知障碍患者除记忆力、语言障碍外,也可出现执行功能、判断力、计算力的下降,但没有达到痴呆严重程度,主要表现为计算速度减慢,容易算错,遇事慌乱,不知所措或犹豫不决,对事物的判断力有所下降等,但日常生活、社会活动能力相对保持完整。

明·杨继洲《针灸大成》中对判断力下降的描述有“畏首畏尾,三番四复,犹豫不决”“多疑寡断”等^[13],比较符合痴呆前认知障碍患者判断力障碍。民国·丁甘仁在《丁甘仁医案》中又有“持筹握算差”^[19]的描述,对于形容判断力、计算力障碍的患者非常贴切。

痴呆前轻度认知障碍患者的执行功能、计算力、判断力下降可以用“畏首畏尾”“犹豫不决”“多疑寡断”“持筹握算差”等语言来描述。

4 其他

痴呆前轻度认知障碍患者还常伴有情感障碍、反应迟钝、兴趣降低等。如唐·孙思邈《千金翼方》^[12]记载的“人年五十以上,万事零落,心无聊赖,健忘瞋怒,性情变异”,比较符合认知障碍患者出现的懒动、沉默寡言、神情淡漠、情绪失常或缺乏兴趣等表现。唐·王焘《外台秘要》^[20]中“镇心丸……,喜怒忧愁,心意不定,恍惚喜忘,夜不能寐”的描述,宋·赵佶敕《圣济总录》中“精神不足,健忘,懒语多惊”“久怀忧戚,气滞血涩,失志健忘,饮食无味”等^[21],都表现出患者健忘伴有抑郁心境。元·朱丹溪《丹溪治法心要》^[22]也说:“健忘者,此证皆由忧思过度,损其心包,以致神舍不清,遇事多忘,及思虑过度,病在心脾。”其他古医籍中的久怀忧戚、心烦意乱、烦躁易怒、忧愁、思虑、昏惑悲忘、不欲闻人声、反常心性、志意不定、心神不宁等,也都从不同角度反映出患者的情绪变化。轻度认知障碍患者还可以出现注意力不集中、兴趣下降等症状,因此有兴趣索然、神思不聚等描述。

综上所述,总结痴呆前轻度认知障碍患者核心症状可有:言谈不知首尾,时作时止,转盼遗忘,多忘善误,持筹握算差,神思不聚,多疑寡断,言语懒,多言不定,言语如凝,言语重复,反应迟钝,思维迟钝,

心烦意乱,兴趣索然等。

我们在近 5 年大量的临床研究工作基础上,通过对相关古医籍的查阅,初步总结出适合描述痴呆前轻度认知障碍相关中医术语,但此项工作正在起步阶段,仍存在很多问题,如何客观准确描述轻度认知障碍而未达到痴呆的人群,仍需进一步观察、验证。

参考文献:

[1] 石玉如,张允岭,戴 中,等.腔隙性脑梗死认知缺损证候学观察与分析[J].北京中医药大学学报, 2006, 29 (5): 350—354.

[2] 王永炎,张伯礼,张允岭,等.血管性痴呆现代中医临床与研究[M].北京:人民卫生出版社. 2003: 101—111.

[3] 灵枢经[M].北京:人民卫生出版社, 1995: 23—24.

[4] 戴思恭.推求师意[M].北京:中医古籍出版社, 1991: 3—4.

[5] 方 谷.医林绳墨[M].上海:商务印书馆, 1957: 23—25.

[6] 陈士铎.辨证奇闻[M].太原:山西科学技术出版社, 1993: 144—159.

[7] 李用粹.证治汇补[M].北京:人民卫生出版社, 2006: 289—291.

[8] 龚居中.痰火点雪[M].北京:人民卫生出版社, 1996: 26—27.

[9] 王肯堂.证治准绳[M].北京:人民卫生出版社, 1991: 489—491.

[10] 龚廷贤.寿世保元[M].北京:人民卫生出版社, 1993: 323—325.

[11] 王孟英.重庆堂随笔[M].北京:中医古籍出版社, 1987: 12—13.

[12] 孙思邈.千金翼方[M].沈阳:辽宁科学技术出版社, 1997: 126—127.

[13] 杨继洲.针灸大成[M].沈阳:辽宁科学技术出版社, 1997: 93—116.

[14] 危亦林.世医得效方[M].北京:人民卫生出版社, 2006: 285—286.

[15] 尤 怡.金匱翼[M].北京:中医古籍出版社, 2003: 177—178.

[16] 俞根初.三订通俗伤寒论[M].北京:中医古籍出版社, 2002: 558.

[17] 朱 棣.普济方[M].哈尔滨:黑龙江科学技术出版社, 1996: 40—43.

[18] 张太素.订正太素脉秘诀[M].上海:上海科学技术出版社, 1985: 27.

[19] 丁甘仁.丁甘仁医案[M].上海:上海科学技术出版社, 2001: 112—117.

[20] 王 焘.外台秘要[M].北京:华夏出版社, 1993: 271—273.

[21] 赵佶敕.圣济总录[M].北京:科学出版社, 1997: 177—178.

[22] 朱丹溪.丹溪治法心要[M].北京:人民卫生出版社, 1983: 84—85.

(收稿日期: 2007-07-12)

(上接第 157 页)

[3] 沈金鳌.杂病流源犀烛[M].北京:中国中医药出版社, 1994: 150.

[4] 丹波元简.素问识[M].北京:人民卫生出版社, 1984: 74.

[5] 叶子雨.珍本医书集成·难经正义[M].上海:科学技术出版社, 1985: 47.

[6] 马云翔.“关于三焦之我见”的我见[J].中医杂志, 1957 (10): 514.

[7] 严健民.远古中国医学史[M].北京:中医古籍出版社, 2006: 174.

[8] 高 武.针灸聚英[M].校订日本正保翻记刻本,上海:上海科学技术出版社, 1961: 90.

[9] 陈 立.白虎通疏证[M].北京:中华书局, 1994: 299—387.

[10] 华 陀.中藏经[M].江苏:江苏科学技术出版社, 1985: 39.

[11] 毕玉顺,李振华.人体解剖学及彩色图谱[M].济南:山东科学技术出版社, 2000: 662—708.

(收稿日期: 2007-04-09)