

· 综述 ·

血管性痴呆的康复

张福金 韩峪

血管性痴呆 (vascular dementia, VD) 是老年期痴呆的一种, 由 Machinske 于 1974 年首先提出, 是由于血管疾病引起的脑器质性病变, 导致以智力减退为主要症状的痴呆综合征^[1]。血管性痴呆以多发性梗塞性痴呆 (MID) 最常见, 其次是 Binswanger 症和白质疏松症 (leukoaraiosis)^[2]。随着老龄化社会的到来, 特别是脑血管疾病的发病率的增多, 血管性痴呆的发病率明显增加, 治疗也比较困难。但是, 只要早期发现、早期治疗, 患者认知功能和运动功能均可有不同程度的恢复。

血管性痴呆的发病率、病因与发病因素

有报道, 血管性痴呆发病率为 20% ~ 25%^[2-4]。血管性痴呆多由重要的特定部位的脑梗死所致, 有日本学者报道, 脑梗死后 20% ~ 35% 患者发生痴呆, 其中, 6 个月内为 27%, 1 年内 42%, 2 年内 68%, 3 年以上 86%^[5]; Moroney 等^[6]对 185 例 30 日内入院的 60 岁以上脑梗死患者跟踪观察 25 个月后, 发现无缺血性疾病的老人发病率为 8.4%, 有缺血性疾病者发生率为 13%; 周红杰等^[7]报道, VD 患者血浆和脑脊液中胰岛素含量与患者智能有密切关系, 胰岛素含量升高可使异常的智能进一步恶化; Partel 等^[8]报道, 吸烟可使患者认知功能进一步降低。

血管性痴呆的分类、病理及临床表现

日本学者葛原将脑梗死引起的痴呆分为: ①多发性皮质梗死痴呆 (MID); ②大脑深部基底核的多发性梗死及白质疏松症痴呆; ③大脑深部广泛病变所致痴呆, 包括 Binswanger 型痴呆^[9, 10]。

皮质型痴呆患者主要临床症状为记忆力和计算力低下、感情失禁、抽象思维障碍, 判断力、理解力不大受累, 人格往往保持不变; 白质型痴呆是由白质广泛性病变所致, 临床上以高度痴呆和球麻痹为主。此外, 由于梗塞部位不同, 临床表现也有所不同, 例如: 大脑半球广泛受损者, 患者表现为有醒觉障碍, 无意识, 无认知行为; 由脑基底动脉闭塞所致者, 表现为四肢麻痹、球麻痹、无言, 但意识清楚; 以两侧边缘系、海马、纹状体病变为主者, 表现为健忘综合征; 以两侧苍白球病变为主者, 患者精神功能低下, 自发性减退, 显著性记忆障碍^[9, 10]。

血管性痴呆的诊断

血管性痴呆早期诊断中常用以下评价方法: ①传统认知功能评价手段, 如成套神经心理学测验、智力测验 (WAZS 成人智能测验、Bender 形态实验等)、记忆测验等, 这些评价方法结构复杂, 实验标准要求高, 应用受到一定限制; ②采用一些结构简单的量表, 如简易精神状态检查 (Mini Mental Status Examination, MMSE)、长谷川痴呆量表 (Hasegawa Dementia Scale,

HDS), 还有 Davis 制定的脑卒中患者主观记忆估价调查表 (SMAQ)、修改的 Cambridge 认知检查表 (Cambridge Cognitive Examination, CAMCOGR)、临床痴呆等级表 (CDR) 等, 这些量表简单, 但需要面访; ③采用电话量表和问卷, 此法简便、经济、灵敏, 广泛应用于筛选和随访, 主要有: 简易精神状态检查电话版 (Mini Mental Status Examination, T-MMSE)、常识-记忆-注意测验电话版 (Blessed Telephone Information Memory Concentration Test, SPMSQ)、认知功能状态电话评定 (Telephone Interview for Cognitive Status, TICS)、结构化痴呆电话评定 (structured telephone interview for dementia assessment, STIDA)、明尼苏达认知功能筛选表 (Minnesota Cognitive Acuity Screen, MCAS)、痴呆问卷 (Dementia Questionnaire, DQ) 等。此外, 头部 CT、MRI、正电子发射断层摄影术 (positron emission tomography, PET)、单光子发射计算机断层摄影 (single photon emission computed tomography, SPECT) 等影像检查也有助于痴呆的诊断^[11-18]。

血管性痴呆的康复

一、药物疗法

为了改善脑血管性痴呆, 可使用各种脑代谢赋活剂, 常用的有: 金纳胺、海得琴、喜得镇、脑复康等。平野照之^[10]采用金纳胺治疗 22 例血管性痴呆患者, 治疗后长谷川 R (HDS-R) 分数低下率明显降低, 症状明显减轻; 木村格等^[18]采用海得琴 (0.04 mg/kg 体重) 治疗两侧梗塞所致血管性痴呆患者 32 例, 认知功能障碍减轻, 认知电位潜伏期缩短。山田佳彦^[19]报道, 肾上腺皮质产生的雄激素-脱氢皮质酮 (DHEA) 浓度降低与痴呆发病密切相关, 补充 DHEA 可以改善患者认知和记忆等功能及其神经、精神状态, 促进痴呆患者康复。此外, 脑神经生长素 (CNG) 有显著的改善记忆、提高生活自理能力的作用。高亮等^[20]采用 CNG 治疗 84 例 VD 患者, 疗效显著, 神经功能缺损指数明显减少, MMSE、ADL 分值明显升高。

二、物理疗法

可以改善严重痴呆患者的认知和运动障碍, 提高其独立性。Pomeroy^[21]报道, 采用 ABAB 设计的物理疗法有效, 该疗法分第一基线期 (A)、第一治疗期 (B)、第二基线期 (A)、第二治疗期 (B) 4 个阶段。在治疗期间进行以下物理疗法: (1) 身体意识治疗, 以增强触觉感觉输入为基础, 建立一个本体感觉和动觉模型, 帮助产生皮质下身体形象, 以改善功能性运动。(2) 音乐和运动, 通过引起注意力来鼓励运动, 鼓励回忆, 改善记忆和期望。(3) 功能运动训练, 包括主动和被动运动, 保持关节活动范围, 直至完成比较困难的运动。共观察 16 名患者, 每周进行 3 次 ABAB 设计运动, 每次 1.5 ~ 4 h, 结束时, 患者运动分数增加, 运动时间明显延长。Winckel^[22]采用以音乐为基础的运动疗法治疗 25 例多发梗塞后痴呆患者, 每天进行 30 min 音乐-运动治疗 (音乐-舞蹈), 采用的音乐有波尔卡舞曲、民间音乐、西方音乐, 舞蹈动作有上、下肢及躯干伸展和屈曲动作, 连续 3 个月, 患者

认知功能明显改善,MMSE 明显提高,可能是此疗法有引起暂时唤醒和刺激认知活动的作用。

三、3R 激疗法

Kohk^[23]采用三种不同的智力激发法,即往事回忆(reminiscence):通过回忆过去事件和相关物体,激发记忆;实物定位(reality orientation):激发患者对有关时间、地点、人物、环境的记忆;再激发(remotivation):通过讨论、思考、推理,激发患者的智力,提高认知功能。他采用此法治疗 15 例,另 15 例作对照。8 周后,采用改良的智力状态调查表(MSQ)评价认知功能,实验组患者症状减轻,MSQ 分数升高,对照组患者 MSQ 分数降低。

四、实物定位疗法

实物定位疗法是一种认知定位技术,通过反复持续对环境定位刺激,使患者重新获得准确定位,广泛用于记忆丧失,时间空间错乱的痴呆患者。Orazio 等^[24]采用这种疗法治疗 38 例痴呆患者,将其分成若干组,每组 4 人,每天进行 1 h 的不同题目讨论,每周 5 次,共 1 个月,结果发现本疗法对中度认知功能障碍有明显的改善作用。Metitieri^[25]也报道,采用 ROT 可以延缓轻、中型痴呆患者认知缺陷的恶化,提高其存活率。

五、中医疗法

近年来,中医疗法对血管疾病和血管性痴呆治疗作用明显地表现出来了,经过正电子发射 X 线断层摄像证实,一些中医方剂,如:黄连解毒汤、抑郁散、抑郁散加陈皮半夏汤、钩藤散及三黄泻心汤,有明显的改善脑循环,促进脑代谢的作用。长谷川等用黄连解毒汤治疗 96 例痴呆患者,治疗 8 周后,症状改善率 72.9%;小川等采用抑郁散治疗 19 例,12 周后,血管痴呆患者精神症状和日常生活活动均有明显改善;木村等用钩藤散治疗 60 例血管性痴呆患者,有效 47 例(78.3%)^[26]。赖新生等^[27]和郭国际等^[28]报道,电针有明显激发经气、疏通经络的作用,还可使海马胆碱酯酶阳性纤维密度增加,加速乙酰胆碱合成,提高患者学习记忆能力,改善患者神经、精神状态,抗组织细胞凋亡,促进痴呆患者康复。实验发现,电针组有记忆力大鼠达 54.5%,而对照组仅 9.09%,电针组海马胆碱酯酶阳性纤维密度明显高于对照组;唐明等采用针刺加银杏叶治疗血管性痴呆 210 例,患者智能明显改善,MMSE 和 ADL 均有不同程度的提高;除了电针作用外,中药银杏叶提取物(EGb)也有促进脑血液循环,改善营养代谢,抗自由基,保护、促进神经功能恢复的作用。

六、手术疗法

对硬膜下水肿、脑肿瘤、脑水肿等引起的血管性痴呆可以通过外科手术得以恢复,最近,对脑主干动脉狭窄和闭塞性血管性痴呆初期患者进行颅内、外血行再建术可以改善痴呆症状,对颈内动脉和大脑中动脉狭窄和闭塞进行头侧动脉和大脑中动脉吻合术,术后 3~6 个月症状可明显改善^[1-3]。

七、作业疗法和语言疗法

痴呆患者除了进行运动疗法扩大活动半径外,对能活动者,可进行作业疗法,促进患者活动功能,通过学习,使 ADL 达到自立;通过语言治疗进行信息交流,可以更好的改善症状,促进康复^[1-3]。

八、心理疗法

奥泉薰等^[29]指出,血管性痴呆患者不仅有运动和语言障碍,还有抑郁、意欲和自发性低下等精神症状,其中最多的是抑郁状态(占脑卒中患者的 30%),采用丙咪嗪,SSRI(selective serotonin

reuptake inhibitor)等药物治疗取得一定疗效。镰田等提出,针对痴呆患者的认知行为障碍,进行集体认知功能训练,如演戏、弹琴、唱歌、游戏、下棋、打扑克等可以改善不眠、夜间徘徊、焦躁、不安等症状,增强记忆力和判断力,对轻、中度痴呆有效。

九、老年人保健室内康复活动

近年来,在日本,老人设施已成为痴呆老人的住所,在老人设施内有功能训练室、理学疗法室、作业疗法室,根据支持自立、回归社会的方针,进行康复活动。白石成明等^[30]于 1997 年对在老人设施生活的 43 名患者进行调查,患者分 5 个组,分别进行气球和排球的轮投、体操、卡拉 OK、音乐欣赏等活动,还进行平行棒内步行训练、手杖步行训练、棒体操,另外还有饮食、入厕等 ADL 活动训练,对有兴趣者进行书法、绘画等治疗。在康复前和治疗后 6 个月,采用老人行动评价标准(PGS)对包括身体机能(3 个项目)、周边处理(4 个项目)、社会活动(3 个项目)进行评价。结果表明,各组患者身体机能、社会活动、周边处理能力等方面均有不同程度的改善,PGS 得分点均有不同程度的升高。

十、其他

1. 认知功能:针对记忆、倾向性、视空间认知、判断、抽象机等认知机能障碍,可采用记忆训练、定位训练、语言训练、注意力训练等;如,林明香等对 1 例 88 岁脑梗死患者进行记忆力评价和记忆训练,取得较好的疗效。Luijpen 等^[31]报道,经皮神经电刺激(TENS)对轻度认知障碍有较好疗效,TENS 可以提高记忆能力、语言流畅能力和情感表达能力,使自卑和坏脾气得到改善。此外,还必须进行环境调节措施,如根据活动目的制定活动预定表和活动时间表,在房屋内做与工作的时间、地点、场所有关的标记和符号等^[31,32]。

2. ADL:对痴呆患者进行 ADL、金钱管理、购物、打电话、认知功能评定,并针对评定情况,进行 ADL 训练,反复进行日常生活中的习惯动作或熟悉的活动,以保持残存机能,促进功能恢复,生活自立^[32]。

血管性痴呆患者的护理

大多数痴呆老人是在自家接受家庭护理人员的康复护理。护理人员要保持患者身心安定,更有效地利用和发挥其残存机能,力争其生活自立,必要时给以实际生活帮助。家庭护理基本点是:正确理解痴呆患者,给以适当说明和帮助,并根据病情变化不断改变帮助内容;要注意观察患者身体状况,注意有无脱水、发热等使认知机能恶化的因素,早发现,早治疗;还要利用地区性保健、医疗、福利设施和人力物力,例如:患者可以适当利用痴呆老人日间服务诊所,让护理人员可以日间适度休息。另外,要加强对护理人员的教育,要消除家庭护理人员对患者的愤怒、敌对态度,护理人员本身发生抑郁等心理障碍也要及时治疗。还要注意调动患者自身的能动性,提高生活自理能力。丁艳平等^[33]观察了“自理理论”和“过剩护理”对痴呆患者康复效果的影响,发现采用“自理理论”强化记忆,并言传身教,充分发挥患者主观能动性,患者认知能力和日常生活自理能力改善,患者得到最大程度的恢复;而采用“过剩护理”的患者主动性差,过多依赖他人帮助,认知和日常生活能力减退^[34]。

血管性痴呆的预防

血管性痴呆预防应从以下环节入手:①预防脑梗死,本病多由多发性脑梗死所致,脑梗死再发往往与高血压、糖尿病、高脂血症等有关,因此,要积极治疗这些疾病。例如,对高血压者,把血压控制在适当水平可以预防痴呆发生;Moroney 调查了 52 例多发性梗塞痴呆的发病机制,有高血压的 29 例患者中,收缩压控制在 135 ~ 150 mmHg 者认知机能改善,而收缩压降至 135 mmHg 者认知机能恶化。②抗血小板凝集药物治疗,对脑血管障碍合并缺血性心脏病、血小板凝集亢进、颈内动脉和主动脉狭窄者,使用抗血小板凝集药物可以有效的预防血管性痴呆发生,此类药中以阿斯匹林最常用;③抗感染,岩木俊彦发现 2/3 血管性痴呆患者死于肺炎,及时处理肺炎可以减少患者死亡率。④改善脑循环和脑代谢的药物,如金钠胺等可以预防痴呆并减轻痴呆患者的自发性低下、感情障碍、认知功能障碍。⑤戒烟,有报道,停止吸烟使认知机能改善^[5,8,10,11]。

参 考 文 献

- 1 陶国枢,主编. 现代老年医学进展. 北京:中国科学技术出版社, 1997,267-287.
- 2 三岛博信. 痴呆——偏瘫、痴呆. 综合リハ,1987,15:27-33.
- 3 Steven T, Leavey G, Livingston G. Dementia and hypertension in African/Caribbean elders. Age Ageing,2004,33:193-198.
- 4 江藤文夫. 痴呆的发病数、患病者数的推移と将来の予測. 综合リハ,1998,26:699-701.
- 5 岩木俊彦. 痴呆化の要因. 日老医志,2003,40:124-126.
- 6 Moroney JT, Bagiella E, Desmond DW, et al. Risk factors for incident dementia after stroke. Role of hypoxic and ischemic disorders. Stroke, 1996, 24:1283-1289.
- 7 周红杰,王景周. 多梗死性痴呆患者血浆、脑脊液胰岛素含量与智能关系. 中华老年医学杂志,2003,22:150-155.
- 8 Patel M, Coshall C, Rudd AG. Natural history of cognitive impairment after stroke and factors associated with its recovery. Clin Rehabil, 2003, 17:158-166.
- 9 安部博史. 神经心理学的评价と対策. 综合リハ,1996,24:515-520.
- 10 平野照之. 诊断と治疗. 综合リハ,1996,24:507-513.
- 11 田隆志. 成因と病态. 综合リハ,1996,24:499-503.
- 12 宫秀哉,千田富意. 痴呆、康复、诊断、评价. 综合リハ,1997,25:405-411.
- 13 北村伸. 痴呆、康复、画像诊断. 综合リハ,1997,25:413-418.
- 14 白川万平,岗村初瀬,永三千慧子. 七泽病院の左片麻痺患者における年齢および発病から期間と改良長谷川式简易智能评价スケール. 综合リハ,1997,25:35-437.
- 15 Davis AM. A subjective memory assessment question for use with elderly people, after stroke. Clin Rehabil,1995, 9:238-244.
- 16 周景升、张新卿. 痴呆早期诊断中的电话访查工具. 中华老年医学杂志,2003,2:123-132.
- 17 Verbey FRG, Huppert FA, Korten ECCM. Cross-national comparison of the Cambridge cognitive examination. Age and Aging,2003, 32:534-540.
- 18 本村格. 脑代谢赋活药的药理、痴呆治疗药展望. 综合リハ,1997, 25:1249-1254.
- 19 山田佳彦. DHEA 老年病预防效果. 日老医志,2003,40:421-425.
- 20 高亮,郑广顺. 脑神经生长素治疗血管性痴呆. 中国康复,2004,19:96-97.
- 21 Pomeroy VM. Immobility and sever dementia; when is physiotherapy treatment appropriate? Clin Rehabil,1994, 8:226-232.
- 22 Winckel AVD. Cognitive and behavioural effect of music-based exercises in patients with dementia. Clin Rehabil, 2004, 18:253-258.
- 23 赵东林,摘. 3R 智力激发法对老年痴呆病人的影响. 国外医学-物理医学与康复分册,1995,15:42.
- 24 Orazio Z, Monica D, Cristina G. Predictors of cognitive improvement after reality orientation in Alzheimers disease. Age Ageing,2002,31:62-65.
- 25 Metitieri T. Reality Orientation therapy to delay outcomes of progression in patient with dementia. A retrospective study. Clin Rehabil, 2001,15:471-478.
- 26 奥泉熏. 脑血管性痴呆の汉方治疗. 综合リハ,1989,17:935-939.
- 27 赖新生,王黎,唐纯正. 电针对实验性血管性痴呆大鼠学习记忆能力和脑组织细胞凋亡的影响. 中国康复医学杂志,2003,18:141-146.
- 28 郭国际,邓医宇,田代定. 电针对血管性痴呆大鼠海马胆碱能神经的影响. 中华物理医学与康复杂志,2003,25:406-409.
- 29 奥泉熏,迁省次. アルツハイマ病の病因. 综合リハ,1997,25:1135-1139.
- 30 白石成明,饭田悦子,戸椎浩子. 老人保健施設でのリハビリテーション. 综合リハ,1997,25:425-429.
- 31 Luijpen IW, Swaab DF, Sergean JA. Effect of transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) on self-efficacy and mood in elderly with mild cognitive impairment. Neurorehabil Neural Repair,2004,18:166-175.
- 32 卡村辰雄. 痴呆症状の対応. 综合リハ,2000,28:1027-1032.
- 33 丁艳平,满力. 老年痴呆患者康复护理. 中国康复医学杂志,2003, 18:391-395.
- 34 三宅贵夫. 在宅ケア. 综合リハ,1997,25:431-435.

(修回日期:2005-03-01)

(本文编辑:阮仕衡)

《中华物理医学与康复杂志》第五届表彰编辑委员名单

马志清	巴 英	王培生	石 坚	卢文惠	卢泽培	史永明	刘 勖	刘 燧	刘政达	吕海珍
曲 镭	朱 平	朱振国	陈瑞萍	何瑞荣	李文荣	李佃贵	李贵晨	沈敏海	汪荫棠	吴慧敏
杨 红	杨伯品	杨煜荣	张祥宏	张黎明	范振华	金石正	林 惠	周淑梅	胡 中	洪修鄂
姜立本	恽晓平	郭健生	郭友池	赵彼得	赵旭东	沈定国	戴若竹	熊恩富	谢光柏	温进坤
康德瑄	梁惠英	黄兆民	殷秀珍	唐军凯	聂章宪	朱霖青	缪鸿石	金仲方		