

参 考 文 献

- [1] 全国第四届脑血管病学术会议. 各类脑血管病诊断要点. 中华神经科杂志, 1996, 29: 379-380.
- [2] 国家中医药管理局脑病急症协作组. 中风病诊断与疗效评定标准(试行). 北京中医药大学学报, 1996, 19: 55-56.
- [3] Bohannon RW, Smith MB. Interrater reliability of a modified ashworth scale of muscle spasticity. Phys Ther, 1987, 67: 206-207.
- [4] Rose AL, Willison RG. Quantitative electromyography using automatic analysis, studies in healthy subjects and patients with primary muscle disease. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 1967, 30: 403.
- [5] Fuglsang FA, Scheel U, Buchthal F. Diagnostic yield of analysis of the pattern of electrical activity and individual motor unit potentials in myopathy. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 1976, 39: 742-750.
- [6] Fuglsang FA, Scheel U, Buchthal F. Diagnostic yield of analysis of the pattern of electrical activity and individual motor unit potentials in neurogenic involvement. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 1977, 40: 544-554.
- [7] 米建平, 张中成. 阴经电针疗法降低中风偏瘫肢体肌张力疗效观察. 上海针灸杂志, 2003, 22: 7-8.
- [8] 郭泽新, 汪润生, 唐巍, 等. 电针缓解中风偏瘫痉挛状态的临床研究. 中国康复医学杂志, 2003, 18: 299-301.
- [9] 郭泽新, 汪润生, 周美启, 等. 论偏瘫痉挛与针法. 河南中医, 1996, 16: 48-49.
- [10] 郭泽新, 汪润生. 缓解中风偏瘫痉挛状态刺灸法讨论. 江苏中医, 1995, 16: 29-30.
- [11] Yu YH, Wang HC, Wang ZJ. The effect of acupuncture on spinal motor neuron excitability in stroke patients. Zhonghua Yi Xue Za Zhi (Taipei), 1995, 56: 258-263.
- [12] 董秀兰, 冯雪梅, 朱红. 应用 Fugl-Meyer 评价针刺治疗脑卒中偏瘫的临床疗效. 中国临床康复, 2003, 7: 2711-2712.
- [13] 卢祖能. 实用肌电图学. 北京: 人民卫生出版社, 2000: 542-543.
- [14] 熊家轩, 陈奕雄, 吴思平. 针刺拮抗肌群对中风后痉挛性偏瘫的临床研究. 当代医学, 2009, 15: 151-152.
- [15] 姜桂美, 贾超. 针刺拮抗肌与主动肌治疗中风后痉挛性偏瘫的临床疗效观察. 中西医结合心脑血管病杂志, 2007, 5: 812-813.

(修回日期: 2011-12-05)

(本文编辑: 易 浩)

康复训练及营养干预联合多奈哌齐治疗老年痴呆的疗效观察

徐沙丽 李中明 方毅 廖彬

【摘要】目的 探讨康复训练及营养干预联合多奈哌齐治疗对老年痴呆患者营养状况、认知功能及日常生活活动能力(ADL)的影响。**方法** 按随机数字表随机方法将 60 例老年痴呆患者随机分为对照组和干预组, 每组 30 例, 对照组给予多奈哌齐口服及康复训练治疗, 干预组在此基础上给予营养干预治疗(包括健康教育床边营养指导及肠内营养乳剂支持), 分别评估 2 组患者治疗前后的营养状况、认知功能、日常生活能力及院内感染情况, 同时观察各项生化、免疫指标等。**结果** 2 组患者经 3 个月干预后简易精神状态量表(MMSE)及 ADL 评分均有改善, 干预组的营养状况、MMSE、ADL 评分、免疫生化指标改善显著, 院内感染发生例数减少, 与对照组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 常规药物加康复训练基础上加强营养治疗能改善老年痴呆患者的全身营养状况, 减少院内感染发生, 有利于认知功能及日常生活能力的提高。

【关键词】 营养干预; 老年; 痴呆; 多奈哌齐; 康复训练

近年我国五城市痴呆患病率流行病学调查发现, 65 岁以上老年人的痴呆患病率为 5.0%, 其中阿尔茨海默病(Alzheimer disease, AD)为 3.5%, 血管性痴呆(vascular dementia, VD)为 1.1%^[1], 痴呆已成为老年医学中的一个重要课题。有研究^[2-4]发现, 饮食营养因素在老年痴呆的发生发展中起着重要作用, 加强营养治疗有可能改善症状; 多奈哌齐为治疗老年痴呆常用且疗效较肯定的药物之一, 而康复训练有利于老年痴呆患者认知功能及日常生活能力的提高^[5]。因此, 笔者将营养干预联合药物(多奈哌齐)及康复训练治疗老年痴呆患者, 经观察疗效较满意, 现报道如下。

资料与方法

一、研究对象

入选标准: ①年龄 ≥ 65 岁, 患者及家属自愿参加本试验并在知情同意书上签字; ②符合《中国精神疾病分类方案与诊断标准(CCMD-3)》、美国精神病学第 4 版《精神病的诊断和统计手册(DSM-4)》和《国际疾病分类第 10 版(ICD-10)》老年性痴呆的诊断标准^[6]。

排除标准: ①患各种中晚期恶性肿瘤; ②合并严重心、肝、肾功能衰竭; ③严重糖尿病、甲状腺功能亢进、活动性肺结核等。

选取 2008 年 6 月至 2010 年 6 月在本院接受治疗且符合上述标准的老年痴呆患者 60 例(其中 AD 21 例, VD 17 例, 混合型痴呆 13 例, 其它类型痴呆 9 例), 并按随机数字表随机方法分为对照组和干预组, 每组 30 例。2 组患者一般情况、病程、痴呆类型、合并感染及热卡-蛋白质不足症(protein energy malnutrition, PEM)的例数等比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。详情见表 1。

DOI: 10.3760/cma.j.issn.0254-1424.2012.01.016

作者单位: 430077 武汉, 华中科技大学同济医学院附属梨园医院神经内科

表 1 2 组患者一般资料

组别	例数	年龄(岁)	性别(例)		病程(年)	痴呆类型(例)				PEM(例)	院感(例)
			男	女		AD	VD	混合型	其它型		
干预组	30	76.8 ± 8.9	22	8	4.1 ± 0.7	10	8	7	5	16	2
对照组	30	75.1 ± 9.2	24	6	3.8 ± 0.6	11	9	6	4	15	2

二、治疗方法

对照组予药物治疗及康复训练治疗;干预组在药物治疗及康复训练基础上(方法同对照组)给予营养干预治疗。

药物治疗:盐酸多奈哌齐片口服,每日 1 次,每次 5 mg,连续服用 3 个月。

康复训练治疗:①日常生活活动能力(activities of daily living, ADL)训练(包括更衣、饮食、用厕、住房、出行等);②认知功能训练,包括思维障碍的康复和记忆训练(保持与复述、回想、内部策略、外部策略);③心理支持治疗;④作业疗法,包括体力活动、劳动、文娱活动、社交活动等。每周训练 2 次,每次 45 min,由治疗师和主管护士执行。

营养干预治疗:①进行营养知识健康教育讲座;②对患者进行餐前营养指导,普通膳食同时给予肠内营养乳剂(瑞素,华瑞制药有限公司)500 ml/d(经口进食或鼻饲)。

三、观察指标及评定方法

评定 2 组患者治疗前、后认知功能、ADL、营养状况及院内感染情况,检测各营养学指标及免疫学指标。①认知功能评定——采用简易精神状态量表(mini-mental state examination, MMSE),MMSE 总分 30 分,≥27 分为正常^[7];②ADL 评定——采用 Barthel 指数(Barthel index, BI),满分 100 分^[8];③营养状况——包括体重、体质指数和腹壁皱褶指数;④营养学指标——包括血胆固醇、甘油三酯、总蛋白、白蛋白和血红蛋白等;⑤免疫学指标——免疫球蛋白及补体。

四、统计学分析

本研究所得数据均以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 *t* 检验, $P < 0.05$ 认为差异具有统计学意义。

结 果

一、2 组患者 MMSE 及 ADL 评分比较

干预组治疗 3 个月后 MMSE 评分和 Barthel 指数分别为(18.52 ± 2.49)和(37.03 ± 8.93)分,对照组分别为(16.09 ± 2.01)和(32.11 ± 7.24)分,干预组较对照组有显著提高($P < 0.05$);且 2 组患者上述指标与治疗前比较,差异均有统计学意

义($P < 0.05$)。详见表 2。

表 2 2 组患者治疗前后 MMSE 和 BI 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	MMSE	BI
干预组			
治疗前	30	14.12 ± 1.18	25.18 ± 7.98
治疗后	30	18.52 ± 2.49 ^{ab}	37.03 ± 8.93 ^{ab}
对照组			
治疗前	30	14.08 ± 1.98	24.96 ± 6.73
治疗后	30	16.09 ± 2.01 ^b	32.11 ± 7.24 ^b

注:与对照组治疗后比较,^a $P < 0.05$;与组内治疗前比较,^b $P < 0.05$

二、2 组患者营养学指标及营养状况指标分析

经 3 个月治疗后,干预组患者总胆固醇和甘油三酯分别为(5.78 ± 1.28)和(2.48 ± 1.57)mmol/L,总蛋白和血红蛋白分别为(69.34 ± 7.21)和(13.01 ± 1.18)g/L,对照组总胆固醇和甘油三酯分别为(5.01 ± 1.43)和(1.67 ± 1.36)mmol/L,总蛋白和血红蛋白分别为(64.02 ± 7.21)和(11.68 ± 1.97)g/L,可见 2 组营养学指标比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

经 3 个月治疗后,干预组患者平均体重为(68.89 ± 8.08)kg,体质指数为(25.18 ± 3.67)kg/m²,腹壁皮褶厚度为(3.01 ± 0.09)cm;对照组各相应值[体重为(65.01 ± 9.12)kg,体质指数(22.91 ± 3.05)kg/m²,腹壁皮褶厚度(1.96 ± 0.06)cm];可见 2 组差异有统计学意义($P < 0.05$)。具体数据详见表 3。

三、2 组患者免疫学指标及院内感染情况分析

经 3 个月治疗后,干预组 IgG、IgA、IgM 和补体 C₃ 分别为(11.19 ± 2.05)、(2.53 ± 0.30)、(0.92 ± 0.04)和(0.82 ± 0.08)g/L,对照组各相应值分别为(8.37 ± 1.98)、(2.36 ± 0.38)、(0.74 ± 0.02)和(0.59 ± 0.07)g/L,可见干预组与对照组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗前 2 组患者均存在患有热卡蛋白质不足的病例,并多次发生院内感染,且以下呼吸道感染为主;干预组经治疗 3 个月后有 6 例发生院内感染,而对照组仍有 11 例,组间比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。详见表 4。

表 3 2 组患者治疗前后营养学指标及营养状况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	营养学指标				营养状况		
		总胆固醇 (mmol/L)	甘油三酯 (mmol/L)	总蛋白 (g/L)	血红蛋白 (g/L)	体重(kg)	体质指数 (kg/m ²)	腹壁皮褶 厚度(cm)
干预组								
治疗前	30	4.69 ± 1.08	1.49 ± 1.07	63.92 ± 6.76	10.78 ± 0.88	64.97 ± 8.76	21.98 ± 3.03	1.98 ± 0.06
治疗后	30	5.78 ± 1.28 ^{ab}	2.48 ± 1.57 ^{ab}	69.34 ± 7.21 ^{ab}	13.01 ± 1.18 ^{ab}	68.89 ± 8.08 ^{ab}	25.18 ± 3.67 ^{ab}	3.01 ± 0.09 ^{ab}
对照组								
治疗前	30	4.78 ± 1.29	1.50 ± 1.09	63.31 ± 8.01	11.39 ± 1.33	64.76 ± 10.11	22.18 ± 2.86	1.89 ± 0.07
治疗后	30	5.01 ± 1.43	1.67 ± 1.36	64.02 ± 7.21	11.68 ± 1.97	65.01 ± 9.12	22.91 ± 3.05	1.96 ± 0.06

注:与对照组治疗后比较,^a $P < 0.05$;与组内治疗前比较,^b $P < 0.05$

表 4 2 组患者治疗前后免疫学指标及院内感染情况比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	免疫学指标(g/L)				院内感染(例)
		IgG	IgA	IgM	C3	
干预组						
治疗前	30	7.96 ± 1.68	1.89 ± 0.36	0.58 ± 0.02	0.59 ± 0.07	11
治疗后	30	11.19 ± 2.05 ^{ab}	2.53 ± 0.30 ^{ab}	0.92 ± 0.04 ^{ab}	0.82 ± 0.08 ^{ab}	6 ^{ab}
对照组						
治疗前	30	8.56 ± 2.11	2.19 ± 0.31	0.61 ± 0.06	0.53 ± 0.11	12
治疗后	30	8.37 ± 1.98	2.36 ± 0.38	0.74 ± 0.02	0.59 ± 0.07	11

注:与对照组治疗后比较,^a $P < 0.05$;与组内治疗前比较,^b $P < 0.05$

讨 论

老年痴呆由于其高发病率,护理高难度及治疗高费用造成社会、家庭及个人的巨大痛苦和负担,而受到广泛关注。研究表明,认知功能损害与多种营养素缺乏有关;膳食中摄入某些营养素或直接补充抗氧化剂可能具有预防认知功能衰退和痴呆的作用^[2]。文献报道,膳食营养因素在 AD 中的重要性体现在以下几个方面:①精神性运动障碍、失用症、吞咽困难及行为学异常可引起饮食习惯改变及体质下降,影响 AD 患者的临床结局,并给看护者造成较大的心理压力,同时增加社会负担;②内、外因素所致慢性营养缺乏可引起代谢失调,进而直接或间接影响脑代谢,导致神经退行性病变;③某些营养素和(或)必需代谢因子可能参与 AD 相应未成熟神经退行性变化的病理过程;④不同种类的食物可干扰或促进 AD 患者所服药物的吸收^[4]。营养缺乏不仅参与了老年痴呆的发生,而且在不同程度上影响了其发展及预后。不难发现,大量老年痴呆患者认知功能及日常生活能力下降,生活不能自理;部分中、重度痴呆患者出现精神行为异常;晚期患者只能卧床;部分患者自身及陪护人员营养知识缺乏等;均可导致老年痴呆患者全身营养状况不良,免疫功能低下,加重病情,影响预后。研究发现,营养支持并非简单地提供营养及维持机体正氮平衡,更重要的是保证细胞能量正常代谢,提高机体免疫力,修复受损组织,促进患者康复进程。相关文献表明,营养支持与患者神经功能关系密切,患者自身营养状况是药物治疗及康复训练的基础^[9]。华瑞公司生产的肠内营养乳剂营养素全面而均衡。本研究中我们对这部分老年患者及他们的陪护进行了营养学健康教育,以弥补其营养学知识不足;要求医生、护士深入病房进行床边营养指导,同时予肠内营养乳剂以强化营养治疗。结果显示营养干预可改善患者营养状况,提高认知功能及 ADL 能力。

多奈哌齐系乙酰胆碱酯酶抑制剂,可选择性抑制中枢神经系统中乙酰胆碱的降解,增加神经细胞突触间隙乙酰胆碱的浓度,改善 AD 患者的认知功能障碍,新近研究结果显示,多奈哌齐还有清除 AD 小鼠脑内病理性老年改变,减少神经元纤维缠结的作用,在国际上已被多项指南列入 AD 的一线治疗药物,对 AD 及其它老年痴呆亦有一定疗效。调查结果显示,应用多奈哌齐 3 个月以上能有效改善 AD 及其他类型痴呆患者的认知功能,生活自理能力及精神症状,对延缓痴呆患者的病情发展有很大帮助^[10]。因此,临床上应发现早期痴呆患者,提倡及时予以多奈哌齐治疗,改善患者认知功能,提高患者及家人的生活质量。但由于该药价格较高,导致部分患者无法使用或难以坚持。

老年痴呆康复训练的目的在于延缓和阻止痴呆的进展,减轻

痴呆严重程度和改善认知功能,抑制痴呆病理改变的发生,提高 ADL 和生活质量,减少并发症,延长存活期^[11]。研究表明康复训练能提高轻、中度老年痴呆患者的认知功能和 ADL 能力。其中认知功能训练可稳定和改善 AD 患者的认知功能和精神行为症状^[5]。因此,对于老年痴呆患者在应用药物的同时配合一定的康复训练有利于认知功能及 ADL 能力的提高,减轻患者病痛同时也减少家庭及社会负担。应鼓励和帮助患者及家属,倡导康复理念,康复训练随时随地都可以进行,如医院、家庭、社区等。

本研究发现对照组患者应用多奈哌齐口服加康复训练治疗 3 个月后 MMSE 及 ADL 评分较治疗前提高,治疗前后比较差异有统计学意义,显示多奈哌齐加康复训练治疗老年痴呆是有效的。而干预组患者在此基础上联合营养干预治疗后,患者营养状况、认知功能及 ADL 评分较治疗前改善,院内感染发生例次减少,生化及免疫指标也较前改善。同时与对照组比较各指标差异均有统计学意义,显示疗效更佳,表明营养干预联合多奈哌齐及康复训练治疗能显著改善老年痴呆患者的营养状况及免疫功能,减少并发症,提高认知功能及日常生活能力。

参 考 文 献

- [1] 王新德. 老年人痴呆的定义分类诊断和鉴别诊断. 中华老年医学杂志, 2005, 24: 5-6.
- [2] 李瑾, 陈韵美, 朱华, 等. 营养素与老年认知障碍的防治. 中国老年学杂志, 2011, 31: 1682-1685.
- [3] 陈玉辉, 龚涛. 老年性痴呆的营养支持. 中华临床营养杂志, 2010, 18: 178-181.
- [4] 杨亚丹. 老年痴呆症营养干预的研究进展. 实用老年杂志, 2010, 24: 248-250.
- [5] 牛铁轩, 谭纪平, 管锦群, 等. 认知训练治疗阿尔茨海默病的疗效观察. 中华物理医学与康复杂志, 2011, 33: 52-55.
- [6] 江开达. 精神病学. 北京: 人民卫生出版社, 2010: 32-38.
- [7] 许贤豪. 神经心理量表检测指南. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2007: 17-23.
- [8] 南登崑. 康复医学. 北京: 人民卫生出版社, 2003: 42-43.
- [9] 邵继智, 顾景范, 张思源. 经肠营养. 北京: 军事医学科学出版社, 1999: 325.
- [10] 彭丹涛, 于普林. 阿尔茨海默病患者就诊状况及多奈哌齐治疗效果的调查. 中华老年医学杂志, 2010, 29: 691-693.
- [11] 刘汴生. 衰老与老年病研究防治. 武汉: 华中科技大学出版社, 2009: 619-629.

(修回日期: 2011-12-28)

(本文编辑: 汪 玲)