

·综述·

血管性痴呆康复评定与治疗进展

宋雪梅¹,李伟峰²,秦合伟¹,郭宁¹,牛雨晴¹,姬令山¹

作者单位
1. 河南中医药大学
郑州 510630
2. 河南中医药大学第三附属医院
郑州 450003
基金项目
河南省中医药科学研究专项课题
(No. 20-21ZY1054)
收稿日期
2022-03-11
通讯作者
李伟峰
1079091729@qq.com

摘要 血管性痴呆(VD)是由于多种脑血管疾病引起的脑组织损伤同时伴有严重认知功能障碍的综合征。影响患者的日常生活自理能力,严重降低患者的生活质量。随着人口的老龄化,VD已成为老年医学领域的重要课题。近年来,国内外对VD的康复评定及康复治疗进行了大量研究,本文对此进行综述。
关键词 血管性痴呆;康复评定;康复治疗
中图分类号 R741;R741.05;R493 **文献标识码** A **DOI** 10.16780/j.cnki.sjssgncj.20210200
本文引用格式:宋雪梅,李伟峰,秦合伟,郭宁,牛雨晴,姬令山. 血管性痴呆康复评定与治疗进展[J]. 神经损伤与功能重建, 2022, 17(12): 764-766.

血管性痴呆(vascular dementia, VD)是除阿尔茨海默症之外最常见的老年期痴呆类型^[1]。VD的发病与高龄、低教育水平、低收入、痴呆性家族史、脑血管病变等因素有关^[2]。其中脑血管病是VD的主要病因,尤以缺血性脑卒中中最常见^[3]。寻找有效的治疗、康复措施,具有重要的临床意义。

1 VD的临床特征

VD的典型临床特征可概括为:认知功能障碍、精神行为症状和日常生活能力下降。其中认知功能障碍是最明显的特征,通常包括记忆障碍、注意障碍、言语障碍、视空间障碍、失认症、失用症及由于这些认知功能损害导致的执行功能障碍^[4]。VD的类型不同,其认知障碍的临床表现也各有差异。如多发性梗死性痴呆多表现为突发的失语、失认、失用、视空间障碍,早期以近事记忆障碍为主;皮质下VD多表现为执行功能缺失明显,记忆障碍中自由回忆损害明显,而再认和提示再认功能相对保留。VD患者在精神行为方面常表现为焦虑、抑郁、淡漠、妄想等。轻度VD患者可表现出复杂日常生活能力损害,重度VD患者日常生活能力完全丧失。除上述3个主要症状外,有的患者还出现运动功能障碍,如共济失调、平衡障碍、步行障碍和肢体瘫痪等。

2 VD的康复评定

根据VD患者的临床特征,其康复评定主要包含以下几个方面。

2.1 认知功能总体评定

认知功能的总体评定,对VD的评定及病因分析有重要作用。目前最常用的评定量表有简易精神状态量表(mini-mental state examination, MMSE)、蒙特利尔认知评估量表(montreal cognitive assessment, MoCA)、神经行为认知状态检查表(neurobehavioral cognitive status examination, NCSE)、长谷川痴呆量表(Hasegawa dementia scale, HDS)。此外,临床上常采用Hachinski缺血量表与阿尔茨海默病进行鉴别。MMSE耗时较短,临床可操作性较好,可作为认

知衰退的测评工具。但它具有一定的地板效应,对轻度认知障碍及受教育水平较高的人不敏感^[5]。与MMSE相比,MoCA量表的敏感性、特异性、准确性均更优^[6]。NCSE是一个省时、可靠的第二代认知功能筛查量表,可用于VD患者的床边评定^[7]。HDS采用视觉实物记忆,不受教育程度影响,更易于国内患者接受。但是该量表不能反映各认知区域的变化特点^[8],多用于临床认知障碍的筛查。

2.2 认知障碍各方面评定

2.2.1 记忆功能评定 记忆功能评定对了解患者的记忆功能情况及鉴别VD的类型和原因十分重要。较常用的评定量表有韦氏记忆量表(Wechsler memory scale, WMS)和临床记忆量表(clinical memory scale, CMS)。WMS有10项分测验,MQ为记忆商,反映患者记忆功能的好坏^[9]。CMS评定持续数分钟以内的一次性记忆或学习能力,包括3类5个分量表,按MQ的等级来衡量记忆水平^[10]。

2.2.2 注意力评定 常用评定方法有:字母法、数字法、图片法、声辨认、视跟踪、划销测验和连线测验等。不同地区和不同文化程度的患者用字母法或数字法检查注意力障碍的一致性不如图片法^[11]。图片是一种世界性语言,通过图片语言传递信息,相对而言不受文化程度、地域的限制。而字母法或数字法对不同地区,不同文化程度的患者影响不一。尤其是我国方言较多,各地区发音有所差别。

2.2.3 言语功能评定 失语是VD的常见症状,国内常用的评定工具是汉语失语症成套测验(aphasia battery of Chinese, ABC)和中国康复研究中心失语症检查(Chinese rehabilitation research center aphasic examination, CRRCAE)。ABC主要是参考西方失语症成套测验(western aphasia battery, WAB),并结合汉语的特点和临床经验,经探索、修改而制订的。此检查法已通过标准化研究,客观有效^[12]。CRRCAE引用了发达国家失语症检查法的理论和框架,在语句的选用方面严格依据汉语习惯和规则,分值越高,言语功能越好^[13]。该检查操作简便可靠,现已广泛应用于临床。

2.2.4 失认症和失用症评定 临床早期明确有无失认症、失用症十分重要,但常常被忽略。现多采用失认症失用症评定量表^[14]进行评定。其中,需要特别注意鉴别意念运动性失用,此类患者不能按训练者的命令进行有意识的运动,但过去曾学习过的无意识运动常能自发地发生^[15]。对于VD患者常出现的面容失认,国外有用到“剑桥人脸记忆测试”进行评定,其具有良好的内部一致性。其次,在一些发达国家,自我报告问卷也正在成为评定面容失认的常用工具^[16],它快速简便,不需要设备,即使距离较远也可以用于筛选大量对象。

2.2.5 视空间能力评定 VD患者的视空间能力下降主要表现为以下几个方面:不能经视觉判断物体在空间的位置;分不清几个物体在空间的位置关系;丧失对物体的立体感;不能用言语或图画表达熟悉的路、房间内布置、地理位置等。通过病史可大致了解患者有无视空间障碍。其次,常用的测试有临摹交叉五边形、画钟测验、自由绘画试验、删除试验、积木构图试验、韦氏成人智力量表算术测验等^[17],其中最为常用的是画钟测验。

2.3 精神行为症状评定

精神行为症状评定常采用痴呆行为评定量表(behavior rating scale for dementia, BRSD)和神经精神症状问卷(neuropsychiatric inventory, NPI)。这些量表不仅能够发现症状的有无,还能够评价症状出现的频率、严重程度及对照料者造成的负担。

2.4 日常生活功能评定

日常生活活动(activities of daily living, ADL)是指一个人为了满足日常生活的需要每天所进行的必要活动。评定基本性ADL,临床上经常使用Barthel指数(Barthel index, BI)或改良Barthel指数(modified Barthel index, MBI)。由于痴呆患者具有认知功能障碍,更推荐使用功能独立性评定量表(functional independence measure, FIM),其包含6大类18项,其中5项是认知性ADL。评定工具性ADL首选功能活动问卷(functional activities questionnaire, FAQ),此外,还可以使用痴呆残疾评估表等。

2.5 其他常见功能评定

VD患者还会出现步态异常、平衡失调等症状。临床上通常采用10米步行测试、计时起立行走测试等进行步行评定,这些方法操作简单易行,但受主观因素影响较大。有研究者将三维运动捕捉系统与步态适应性任务相结合,定量评估患者步行功能,专业可靠^[18]。传统的平衡功能评定多采用Berg平衡量表(Berg Balance Scale, BBS)。近年来,人体平衡测试仪在国内迅速发展,该仪器采用高精度传感器和电子计算机技术,能够精确地测量不同状态下人体重心位置、移动的面积和形态^[19]。

3 VD的康复治疗

VD的类型不同,其临床症状也各有不同^[20],临床上主要根据VD患者表现的功能障碍进行相应的康复治疗。根据康复医疗的个体化原则,治疗方案的制定还需进一步发展。

3.1 认知功能分类康复治疗

3.1.1 记忆障碍的康复治疗 应根据记忆损害的类型和程度,有针对性地进行记忆训练。有基于外显记忆的训练法如

PQRST练习法、联想记忆法等;有基于内隐记忆的训练法如间隔提取技术、无错性学习法等;还有针刺技术、辅助工具的使用、虚拟现实技术、移动终端治疗技术等^[21]。移动终端设备成本低、携带方便、覆盖面广,有可能成为未来记忆功能康复的发展趋势。研究发现,功能性电刺激治疗可能促进VD大鼠学习记忆认知功能恢复,有望成为未来VD患者记忆功能康复的新方法^[22]。

3.1.2 注意障碍的康复治疗 注意力是完成认知加工的基础,注意力训练在近年VD患者的康复中得到广泛重视^[23]。常用的注意力训练方法有猜测作业、删除作业、时间作业、顺序作业。用VR技术与注意力训练法相结合,能够增加患者的兴趣,增强注意力并调动患者主动性,提高康复效果^[24]。有研究表明,神经反馈训练也是一种提高注意力的有效工具^[25]。

3.1.3 言语障碍的康复治疗 对VD患者采用传统的言语康复方法如Schuell刺激法、促进交流效果法、旋律语调治疗法、阻断去除法等^[26],均具有一定疗效。研究发现,采用吞咽言语诊断治疗仪进行言语辅助肌电刺激治疗外加团体心理治疗,言语康复效果明显^[27];手指点穴配合言语功能训练治疗运动性失语疗效显著^[28];电针结合高频经颅磁刺激或低频经颅磁刺激治疗失语安全、有效,无明显的副作用^[29]。以上治疗方法都具有一定的疗效,需要时间、资源以进一步推广。

3.1.4 失认症的康复治疗 VD患者可表现出各种各样的失认现象,其康复方法也各有差异。当患者单侧忽略时,注意对忽略侧的刺激,如拍打、冷热刺激等。视觉空间失认主要包括颜色失认、面容失认、路线失认、图案失认,目前采用的训练方法主要有辨识训练和代偿训练。Gerstmann综合征包括左右失认、手指失认、失读、失写,对此多采用反复训练的方式,必要时给与一定刺激和提示^[30]。触觉失认也称之为体觉障碍,可用人体模型或人体拼板辅助训练。目前,针对失认症的康复手段还比较少,随着对失认症的深入研究,可以开发一些新的康复手段。

3.1.5 失用症的康复治疗 根据评定结果的不同,需要采取不同的训练方法。意念性失用患者通常不能按指令要求完成系列动作,可采用连环技术,把动作分解开来分步训练。对于意念运动性失用患者,要注重启发患者的无意识活动。结构性失用症康复训练的重点主要是训练患者的构成能力,具体训练方法包括木钉盘设计训练、拼图训练、对家庭常用物品的排列堆放等。运动失用是最简单的失用症,治疗中可给予触觉、本体感觉和运动刺激以加强正常运动模式和运动计划的输出^[31]。面对穿衣失用患者,可用暗示、提醒指导患者穿衣。

3.2 精神行为症状康复治疗

70%~90%的VD患者可能出现心理和行为症状,包括抑郁、焦虑、幻觉、谵妄等^[32],严重影响患者及照料者的生活质量。常用的治疗方法包括支持性心理治疗、行为治疗、心理性作业训练等。另外,将森田疗法应用于VD患者或成为未来的新方向。

3.2.1 行为治疗 行为疗法主要是调整刺激与行为之间的关系,常用的做法是改变激发患者异常行为的刺激因素以及这种异常行为带来的后果,如用亮光疗法治疗睡眠与行为障碍。认知行为疗法是一种常见的心理治疗方法,临床上也常用于VD

患者心理的干预。网络认知行为疗法是近年来出现的一种新方法,有望成为未来治疗的新趋势^[33]。

3.2.2 心理性作业训练 VD患者的心理问题往往呈现阶段的不同。可根据其心理异常的不同阶段设计相应的作业活动,帮助患者摆脱否认、愤怒、抑郁、失望等不安状态,向心理适应期过渡。对具有情绪异常的患者,可以设计打鼓、木工等活动进行情绪宣泄。此外,还可以培养患者多方面的兴趣,如书写、针织、种植花草等,转移患者的注意力。合适的音乐、美术、文娛活动能促使患者情感流露,减低冷漠及抑郁。

3.2.3 森田疗法 森田疗法的治疗原则是“听其自然”,也就是对自己的症状及情绪变化要完全服从,不要企图抗拒,以正常生活为目的去行动^[34]。刘新兰等^[35]研究发现,森田疗法在中国已经得到了推广和普及,临床主要应用领域是神经症。将森田疗法应用于VD患者是未来心理干预的新方向。

3.3 日常生活活动能力训练

日常生活活动能力对于VD患者保持自理能力非常重要。早期应以简单的日常生活习惯训练为主。随着痴呆的进展,康复训练应转变为代偿训练。还可以采用行为矫正疗法,如定时催促患者排便。此外,在功能难以改善时,还可以进行环境改造、制作自助具等以提高患者的自理能力。

3.4 其他

通过平衡功能训练可使VD患者达到下意识自动维持平衡的能力,除传统的借助平衡板、平行杠等进行平衡训练外,虚拟现实技术近年来也进入大家视线,它具有轻松有趣,安全性高等优势,而且还能及时反馈信息,为进一步康复治疗提供参考依据^[36]。此外,还可以进行步行训练、关节活动范围训练、肌力训练、耐力训练等,以上都可以采用一定的人工智能设备进行康复训练。

4 小结与展望

目前对于VD虽然无法彻底治愈,但采用科学有效的康复评定和康复治疗训练,同时配合药物等综合治疗,可以有效改善患者的生活质量。近年来,综合性康复技术不断发展,人工智能正慢慢进入各类康复领域。同时,由于近年来政府对于康复医疗的支持和互联网+的发展,对VD患者采用远程智能化康复治疗将具有广阔的发展前景。

参考文献

[1] Singh M, Prakas A. Possible role of endothelin receptor against hyperhomocysteinemia and beta-amyloid induced AD type of vascular dementia in rats[J]. Brain Res Bull, 2017, 133: 31-41.
[2] 吴咚咚, 李岩, 张智龙. 针药结合治疗血管性痴呆的临床疗效观察[J]. 针灸临床杂志, 2017, 33: 16-18.
[3] 王彦超, 于艳辉. 缺血性脑卒中血管性认知障碍的危险因素分析[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2017, 20: 30-33.
[4] 唐强. 临床康复学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2017.
[5] Nreddine ZS, Phillips NA, Bédirian V, et al. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment[J]. J Am Geriatr Soc, 2005, 53: 695-699.
[6] Dong Y, Sharma VK, Chan BP, et al. The Montreal Cognitive Assessment (MoCA) is superior to the Mini-Mental State Examination (MMSE) for the detection of vascular cognitive impairment after acute

stroke[J]. J Neurol Sci, 2010, 299: 15-18.
[7] 唐桂华, 陈卓铭, 李冰肖. 汉语认知功能测评量表的比较[J]. 中国临床康复, 2004, 8: 3882-3884.
[8] Erez, Katz. Cognitive Profiles of Individuals with Dementia and Healthy Elderly: The Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment (LOTCA-G). Physical & Occupational Therapy In Geriatrics, 2004, 22(2):29-42.
Erez BH, Katz N. Cognitive Profiles of Individuals with Dementia and Healthy Elderly: The Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment (LOTCA-G) [J]. Physical & Occupational Therapy in Geriatrics, 2003, 22: 29-42.
[9] 王健, 邹义壮, 崔界峰, 等. 韦克斯勒记忆量表第四版中文版(成人版)的修订[J]. 中国心理卫生杂志, 2015, 29: 53-59.
[10] 张津津, 寇志杰, 高艳杰, 等. 临床记忆量表的应用[J]. 医学理论与实践, 2017, 30: 2543-2546.
[11] Wang C, Wu Y, Yue P, et al. Delirium assessment using Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit in Chinese critically ill patients[J]. J Crit Care, 2013, 28: 223-229.
[12] 卫冬洁. 脑卒中言语功能评定[J]. 中国临床康复, 2002, 9: 1244-1245, 1248.
[13] 李胜利. 言语治疗学[M]. 北京: 华夏出版社, 2005: 21-32.
[14] 林惠. 偏瘫患者失认症和失用症的康复[J]. 中华理疗杂志, 2000, 23: 264-266.
[15] 何静杰. 失用症的评定与康复(2)[J]. 中国康复理论与实践, 2012, 18: 499-500.
[16] Albonico A, Barton J. Progress in perceptual research: the case of prosopagnosia[J]. F1000Res, 2019, 8: F1000 Faculty Rev-765.
[17] Mervis CB, Robinson BF, Pani JR. Visuospatial Construction[J]. J Hum Genet, 1999, 65: 1222-1229.
[18] 郭永亮, 冯重睿, 张新斐. BTS三维运动捕捉系统在步态分析中的信度[J]. 中国组织工程研究, 2018, 22: 3665-3669.
[19] 燕铁斌, 金冬梅. 平衡功能的评定及平衡功能训练[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2007, 29: 787-789.
[20] 周绅, 喻志源, 骆翔. 血管性痴呆的研究进展[J]. 神经损伤与功能重建, 2020, 15: 729-731.
[21] 马睿, 屈云, 王婷婷, 等. 远程康复技术在记忆障碍中的应用研究进展[J]. 中国康复, 2019, 34: 437-440.
[22] 林阳阳, 徐洋凡, 冯慧婷, 等. 功能性电刺激对血管性痴呆大鼠认知功能和海马区脑源性神经营养因子-突触素-微管相关蛋白2通路的影响[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2020, 42: 679-684.
[23] 裴倩, 张通, 宋鲁平. 注意训练对卒中后非流畅性失语症患者汉字加工能力的影响[J]. 中国康复理论与实践, 2015, 31: 296-302.
[24] 王晶, 卫哲. 虚拟现实技术结合注意力训练法促进脑卒中功能康复的研究[J]. 中华脑科疾病与康复杂志(电子版), 2019, 9: 267-270.
[25] 李秋月. 神经反馈训练改善注意力状态作用研究[D]. 燕山大学, 2019.
[26] 田野, 林伟, 叶祥明, 等. 汉语失语症诊治进展[J]. 中国康复理论与实践, 2011, 17: 151-154.
[27] 鞠波, 孙淑艳, 曹巍巍. 脑卒中伴言语障碍患者康复及团体心理治疗效果[J]. 第三军医大学学报, 2012, 34: 1805-1806.
[28] 钟祥斌, 贾婷. 手指点穴配合言语功能训练治疗脑卒中后运动性失语疗效观察[J]. 航空航天医学杂志, 2020, 31: 1442-1444.
[29] 彭拥军, 吕鹤群, 乔玉, 等. 电针结合不同频率重复经颅磁刺激治疗脑卒中后运动性失语临床研究[J]. 辽宁中医药大学学报, 2020, 22: 4-7.
[30] 卓大宏. 中国康复医学[M]. 北京: 华夏出版社, 1990.
[31] 王芹, 陶静, 刘斐雯, 等. 失用症的分类及治疗研究现状[J]. 实用医学杂志, 2016, 32: 689-692.
[32] 贾建平. 临床痴呆病学[M]. 北京: 北京大学医学出版社, 2008.
[33] 崔倩, 张雨, 邹海欧. 网络认知行为疗法在抑郁症患者中的应用[J]. 国际精神病学杂志, 2021, 48: 10-12.
[34] 康成俊.《森田心理疗法》介绍[J]. 中国心理卫生杂志, 1988, 8: 202-204.
[35] 刘新兰, 毛富强. 中国森田疗法文献分析[J]. 中国健康心理学杂志, 2013, 21: 725-728.
[36] 肖喜玲, 杨朝辉, 黄剑, 等. 基于虚拟现实技术手功能康复训练系统的设计及临床应用[J]. 中国康复医学杂志, 2014, 29: 537-541.

(本文编辑:唐颖馨)