

促醒疗法治疗持续性植物状态的临床研究

朱士文 李义召 宋成忠 张俊玲 马艳平 宋慧

[摘要] 目的 探讨持续性植物状态(PVS)患者的有效治疗方法。方法 将 62 例 PVS 患者分为对照组 30 例和治疗组 32 例,对照组采用常规药物治疗,治疗组在对照组治疗的基础上加用 PVS 促醒疗法。按照 PVS 量表评分分别对 PVS 患者治疗前后进行疗效评价。结果 治疗组与对照组患者治疗后的总有效率分别为 90.7%、46.7%($P < 0.001$)。结论 PVS 促醒疗法可显著改善 PVS 的预后,提高患者的生活质量,有利于患者清醒。

[关键词] 促醒疗法;持续性植物状态;治疗

中图分类号:R742 文献标识码:A 文章编号:1006-9771(2005)09-0748-02

[本文著录格式] 朱士文,李义召,宋成忠,等.促醒疗法治疗持续性植物状态的临床研究[J].中国康复理论与实践,2005,11(9):748-749.

颅脑损伤或脑血管疾病等可造成大脑半球严重广泛损伤、皮层功能丧失、昏迷或无意识状态,但仍存在皮质下和脑干功能,称为植物状态;如持续 1 个月以上仍无皮层功能恢复则属于持续性植物状态(persistent vegetative state, PVS)。本研究采用 PVS 促醒疗法治疗,报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 根据 1996 年 4 月南京会议制定的植物状态诊断标准^[1],选择 2002 年 8 月以来在我院住院的 PVS 患者,治疗组 32 例:男 19 例,女 13 例;年龄为 15~71 岁,平均 49.6 岁;开始治疗时病程 36 d~7 个月,平均 53 d,其中 <3 个月 24 例,≥3 个月 8 例;颅脑外伤 16 例,高血压脑出血 9 例,蛛网膜下腔出血 2 例,脑梗死 5 例;入院时 PVS 量表评分^[1]:8~9 分 16 例,4~7 分 12 例,<3 分 4 例。对照组 30 例:男 18 例,女 12 例;年龄为 14~70 岁,平均 48.6 岁;开始治疗时病程 35 d~7 个月,平均 55 d,其中 <3 个月 22 例,≥3 个月 8 例;颅脑外伤 15 例,高血压脑出血 9 例,蛛网膜下腔出血 2 例,脑梗死 4 例。入院时 PVS 量表评分:8~9 分 14 例,4~7 分 13 例,<3 分 3 例。两组患者之间的年龄、性别、康复介入时间、临床病情、疾病病因及 PVS 评分等经统计学处理,均无显著性差异($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法 对照组采用常规药物治疗,包括中枢神经兴奋药物(胞二磷胆碱、氯酯醒、醒脑静等)、改善微循环药物(维脑路通、丹参注射液等)、良好的生活护理及保持最佳营养、水电解质平衡、防止并发症等。治疗组在对照组治疗的基础上加用 PVS 促醒疗法,其具体措施为:①被动吞咽功能训练:口腔冰刺激、吞咽器官的被动运动、被动的吞咽训练;②听觉刺激:自然环

境音,如汽车、火车、风、雷、雨、电、河流、电话、门铃等;各种动物的叫声;各种乐器的声音;根据年龄和爱好播放老歌曲、流行歌曲、相声、小品、天气预报和新闻联播等,以患者平时喜欢的话题与患者交流;根据患者的具体情况与视觉刺激相结合给予各种带声响的玩具等;③视觉刺激:光线刺激采用强光、弱光和彩色光线交替;根据患者的具体情况与听觉刺激相结合给予色彩鲜明的摇铃、风车等;结合听觉刺激选择适宜内容的电视节目;各种颜色的实物、画报、患者及家属以往经历的照片等;安排适当的户外活动给予环境及大自然的刺激;④味觉刺激:结合吞咽功能训练进行;⑤嗅觉刺激;⑥日常生活中的各种刺激:如呼唤式护理(吃饭、睡觉、大小便)、患者家属的爱抚、呼唤交流等。上述治疗方法每天 2 次,每次 30 min,30 d 为 1 个疗程,可进行 2~3 个疗程。

1.3 疗效评定 于疗程结束后评定患者的疗效:①基本痊愈:PVS 评分 >12 分;②显效:PVS 评分提高 4~6 分,但 <12 分;③好转:PVS 评分提高 1~3 分,但 <12 分;④无效:PVS 评分无变化、恶化或死亡。

1.4 统计学方法 采用 t 检验、 χ^2 检验。

2 结果

两组患者治疗前后 PVS 评分变化见表 1。疗效评定:治疗组基本痊愈 12 例(37.5%),其中治疗 1 个疗程痊愈 4 例,2 个疗程 5 例,3 个疗程 3 例;显效 7 例(21.9%),其中治疗 1 个疗程显效 2 例,2 个疗程 2 例,3 个疗程 3 例;好转 10 例(31.3%),其中治疗 1 个疗程 3 例,2 个疗程 2 例,3 个疗程 5 例;无效 3 例(9.3%),总有效率为 90.7%。病程 <3 个月的患者,基本痊愈 13 例,显效 7 例,好转 4 例;8 例病程 ≥3 个月的患者均为好转。对照组基本痊愈 3 例(3.3%),其中治疗 2 个疗程 1 例,3 个疗程 2 例;显效 6 例(20%),均治疗 3 个疗程;好转 5 例(16.7%),均治疗 3 个疗程;总有效率为 46.7%。病程 <3 个月的患者,基本痊愈 3 例,病程 ≥3 个月的患者均无效。经 χ^2 检验,两组间有非常高

度显著性差异($P < 0.001$)。

表 1 治疗前后 PVS 评分变化

	n	治疗前	治疗 1 疗程	治疗 2 疗程	治疗 3 疗程
治疗组	32	5.8 ± 1.1	7.8 ± 1.3 ^a	9.6 ± 1.6 ^b	11.6 ± 1.8 ^c
对照组	30	5.9 ± 1.0	6.3 ± 1.1	6.9 ± 1.4	8.5 ± 1.7 ^a
P		> 0.05	< 0.05	< 0.01	< 0.001

注:与治疗前比较,a: $P < 0.05$;b: $P < 0.01$;c: $P < 0.001$ 。

3 讨论

PVS 是一种特殊类型的意识障碍,其特征为貌似清醒、无意识地睁眼活动、有睡眠-觉醒周期,持续 1 月以上。目前缺乏有效的治疗方法,多数人也对治疗持消极的态度,甚至认为与死亡无大区别。但也有人指出应积极治疗^[2]。本研究采用促醒疗法治疗 32 例 PVS 患者,取得了显著疗效。

关于诊断 PVS 的最短时间,目前尚未统一。日本学者主张,患者植物状态必须超过 3 个月才能诊断为 PVS;而美国学者则提出创伤或非创伤性脑损伤后持续处于植物状态 1 个月,即可诊断为 PVS。本研究结果表明,越早进行康复促醒训练,患者清醒的可能性就越大。因此,从积极康复的角度出发,诊断 PVS 的时间越短越好。我们认为,患者发病 1 个月后,一旦被诊

断为 PVS,应进行上述的 PVS 促醒治疗。

促醒治疗的机理可能为:①使处于抑制的神经细胞解除抑制,使兴奋性低的神经细胞兴奋性增强,使大脑网状结构上行激活系统解除抑制、恢复功能,从而使大脑半球与外界产生应答,加快醒觉和促进意识恢复;②通过综合治疗,使轴突产生新的侧枝,建立新的突触联系,使中枢神经功能得到恢复;③综合治疗改善组织代谢,降低血液黏度,改善脑部微循环,使供血和供氧恢复正常,从而恢复神经细胞的功能。

PVS 的最终预后很大程度取决于患者的年龄、损伤部位、范围和程度及其并发症出现与否。本研究结果表明,对 PVS 患者在常规药物治疗的基础上配合早期实行规范的促醒训练,使患者病情改善甚至苏醒是有希望的。

[参考文献]

- [1] 卓大宏.中国康复医学[J].第 2 版.北京:华夏出版社,2003.845-846.
- [2] 杨树发,刘晚竹,王伟祥,等.持续性植物状态[J].中国康复医学杂志,1996,6:278-280.

(收稿日期:2004-12-31 修回日期:2005-06-22)