

• 临床研究 •

脑损伤恢复期的认知康复

李丹 许志强 任海

[摘要] 目的 探讨认知康复在脑损伤恢复期的重要性和必要性。方法 60 例患者随机分为非介入认知康复组(A组)和介入认知康复组(B组),每组 30 例。A组为只接受部分康复项目(OT、PT、ST 或高压氧),B组在 A 组的基础上加用认知训练。通常康复训练进行 3—4 次/天,45 分钟/次。高压氧治疗每日 1 次,10—12 天为 1 个疗程,治疗 3—5 个疗程,平均 3.6 个疗程。结果 A 组与 B 组比较在 LOTCA 评价、FIM 评价和 Fugl-Meyer 评价上都有显著性差异,其中 LOTCA 评价有非常显著性差异。结论 认知康复在脑损伤恢复后期是必要的。

[关键词] 认知康复;脑损伤

中图分类号:R741.05 文献标识码:A 文章编号:1006-9771(2002)11-0691-02

随着脑外伤患者的增加,脑卒中患者的年轻化,认知功能的康复越来越受到重视。即使肢体运动功能恢复,而认知功能差,也将直接影响到患者回归家庭与社会。通过药物及一对一的训练、高压氧等综合康复使受损的脑组织功能重建,提高其认知功能,提高脑损伤患者的生存质量。即使在发病后半年的恢复期,经过正规的综合康复,认知功能仍有提高^[1,2],所以恢复期也不能放弃康复,尤其是认知康复。

1 资料与方法

1.1 一般资料 病例采自 1999—2002 年 60 例脑损伤患者。均经 CT 或 MRI 确诊,接受治疗在发病后 14 天—1 年。随机分为非介入认知康复组(A组)和介入认知康复组(B组)。其中 A 组 30 例,男 21 例,女 9 例,年龄 7—75 岁,平均年龄 44.17 岁;脑外伤 8 例,脑梗死 9 例,脑出血 10 例,其他 3 例;左侧偏瘫 5 例,右侧偏瘫 25 例。B 组 30 例,男 20 例,女 10 例,年龄 12—75 岁,平均年龄 44.67 岁;脑外伤 16 例,脑梗死 8 例,脑出血 5 例,其他 1 例;左侧偏瘫 8 例,右侧偏瘫 22 例。

1.2 方法

1.2.1 分组方法 A 组为接受基础康复和治疗。B 组在 A 组的基础上加认知训练。两组由 1 名副主任医生统一管理,统一进行康复处方的发放及康复评定工作,康复治疗师按康复处方进行康复训练,治疗师及患者采取双盲法;功能评定由专人严格按照评定标准统一评定。

1.2.2 基础康复和治疗:①药物治疗:视病情需要接受药物治疗,由 1 名副主任医师统一用药;②康复训练:以 Bobath 方法为主,结合 Brunnstrom 技术,根据患者的不同阶段和偏瘫肢体功能状态,由专人负责,采

取一对一的训练方法;③康复护理:包括并发症(褥疮,肺部感染,泌尿系感染等)的预防,家属的指导,患者的心理治疗;④据病情需要接受语言训练;⑤高压氧治疗:将患者置于宁波产的 NG-IIA 单人医用高压氧舱内,脑出血患者设压力 0.15 MPa(1.5 ATA),时间 80 min,加压 10 min,稳压 60 min,持续换气,减压 10 min;脑梗死患者设压力 0.18 MPa(1.8 ATA),时间 90 min,加压 15 min,稳压 60 min,持续换气,减压 15 min;脑外伤患者设压力为 0.2 MPa(2 ATA),时间 100 min,加压 20 min,稳压 60 min,间歇换气,减压 20 min。每日 1 次,10—12 天为 1 个疗程,治疗 3—5 个疗程,平均 3.6 个疗程。通常康复训练每天 3—4 次,每次 45 min。患者一般只接受以上部分训练项目。

1.2.3 认知训练方法 非痴呆性认知功能障碍的康复训练包括:①注意障碍的功能恢复训练;②记忆障碍的功能恢复训练;③思维障碍的功能恢复训练。知觉障碍的康复训练包括:①失认症的康复训练;②失用症的康复训练^[3]。

1.2.4 评价方法 ADL 评定用 FIM^[4],运动功能评定用 Fugl-Meyer^[5],认知功能用 LOTCA^[6]对患者入院后 1 周及 3 个月后进行评价,对患者入院后第 1 天及 3 个月后评价。

2 结果

A、B 两组在训练前各项评定比较均无显著性差异($P > 0.05$)。训练后 B 组与 A 组相比有显著性差异($P < 0.05$),其中 LOTCA 评定有非常显著性差异($P < 0.01$)。见表 1—3。

表 1 两组患者 LOTCA 评定比较($\bar{x} \pm 2.045s$)

	康复前	康复后
A 组	50.43 ± 40.491	68 ± 32.52
B 组	46.8 ± 41.10	78.8 ± 25.36
<i>t</i>	0.705	2.934
<i>P</i>	> 0.05	< 0.01

表 2 两组患者 FIM 评定比较 ($\bar{x} \pm 2.045s$)

	康复前	康复后
A 组	67.1 \pm 55.01	90.97 \pm 51.53
B 组	67.57 \pm 53.13	104.3 \pm 42.25
<i>t</i>	0.0688	2.24
<i>P</i>	> 0.05	< 0.05

表 3 两组患者 Fugl-Meyer 评定比较 ($\bar{x} \pm 2.045s$)

	康复前	康复后
A 组	35.5 \pm 50.51	57.57 \pm 51.74
B 组	30.7 \pm 54.19	70.6 \pm 44.95
<i>t</i>	0.787	2.129
<i>P</i>	> 0.05	< 0.05

3 讨论

脑损伤后中枢神经系统在结构或功能上具有重新组织能力或可塑性。正规康复治疗不但可导致大脑皮层运动区的“动作定型”的完成,在运动过程中协调性也得到训练;肌肉和关节的运动反过来又向中枢神经系统提供了大量的本体运动及皮肤感觉的冲动输入,从而发挥易化作用^[7]。

Luria 的功能重组理论认为,恢复机制是脑通过训练发生的根本性功能重组。根据 Luria 的观点,人脑皮质的功能结构是动态和呈等级分布,功能系统中任何个别成份的破坏均可破坏这种动态的平衡,即行为目标的完成。另一方面,构成这一功能系统的各种特异成分均具有一定程度的可塑性,因此不同的成分又可以通过改选来完成相似行为。实际上,受损伤行为的康复基础是以改革的方式创造出一些新的,能完成相似行为目标的功能系统^[8]。

现在大多数的患者及其家属都希望尽快恢复患者的肢体功能,往往忽视了患者最重要的认知功能的训练。我们的研究表明,认知功能训练才是恢复期训练

的重中之重。首先,在恢复后期患者的肢体功能已错过了最佳的恢复时期——14 天内^[1],瘫痪肢体的运动和步行功能进一步改善的可能性减小,但是言语、认知、家务及工作技能在 2 年内都还有进一步恢复的可能。约有 5% 的患者会有持续性恢复。且脑的可塑性理论(特别是丰富环境学说和突触的可塑性理论)更支持持续性长期恢复的实践。有报告认为发病 1 年后的康复治疗效果,社会适应能力及认知方面的改善更优于肢体运动功能的改善^[2]。

[参考文献]

- [1] Kelly-Hayes M, Paijie C. Assessment and psychologic factors in stroke rehabilitation[J]. Neurology, 1995, 45(suppl 1): 529.
- [2] Mayo NE, Korner-Bitensky NA, Becker R. Recovery time of independent function post-stroke[J]. Am J phys Med Rehabil, 1991, 70(1): 5.
- [3] 缪鸿石, 朱镛连. 脑卒中的康复评定和治疗[M]. 北京: 华夏出版社, 1996. 220—232.
- [4] 王茂斌. 脑卒中偏瘫患者肢体运动功能的康复评测方法[J]. 中国康复医学杂志, 1992, 7(2): 81.
- [5] 徐国崇. 偏瘫康复理论与实践: 偏瘫康复评价[J]. 现代康复, 2001, 5(10): 10—11.
- [6] 恽晓平, 郭华珍, 陈巍. 洛文斯顿作业疗法用认知评定成套测验的应用研究[J]. 中国康复理论与实践, 1999, 5(3): 110—113, 120.
- [7] 王鸿祥, 王左生. 脑梗塞患者急性期康复治疗观察[J]. 中国康复医学杂志, 1996, 11(2): 74—76.
- [8] 缪鸿石. 康复医学理论与实践[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2002. 1400.
- [9] “九五”攻关课题组. 急性脑卒中早期康复的研究[J]. 中国康复医学杂志, 2001, 16(5): 266—272.

(收稿日期: 2002-05-08)