

·临床研究·

老年痴呆患者综合康复训练提高生存质量有效性评估

胡承平¹ 瞿正万^{1,2} 傅红梅¹ 陆伟¹

摘要

目的:通过在养老机构实施痴呆老人综合康复训练,判断其临床应用价值和有效性;

方法:采取记忆、思维、计算、娱乐、体育及绘画等康复方法,在康复人员指导下,有计划开展综合训练;为期18个月。随机选择符合ICD-10诊断标准、MMSE>15分、能室内活动的痴呆患者30例为康复训练组,又选择30例患者为非康复训练对照组。

结果:12个月后,康复组MQ均分(47.50±21.34)较非康复组(36.82±17.93)明显增高($P<0.01$),非康复组较入组前(51.60±24.48)明显下降($P<0.01$),康复组即刻记忆水平(7.97±1.22)较非康复组(7.18±0.95)明显增高($P<0.01$),临摹绘画时间(45.40±7.33)min明显少于非康复组(50.82±9.27)min, $P<0.05$,拼图均数(22.37±2.58)明显高于非康复组(19.50±4.55)($P<0.001$),拼图时间(822.8±198.2)s较非康复组明显减少(946.2±210.6)s, $P<0.05$ 。“躯体生活自理能力”和“工具性日常生活能力”得分(11.40±1.99)和(14.97±2.13)均明显低于非康复组(12.32±1.42)和(16.04±1.82), $P<0.05$ 。18个月后,康复组生命质量水平(79.33±4.10)明显高于入组时(78.00±3.83)($P<0.05$),高于同期非康复组(76.17±3.28), $P<0.05$,生存质量得分(4.80±1.42)较非康复组(3.75±1.80)明显增高($P<0.05$)。

结论:本法能在一定时期内减缓记忆衰退速度,一定程度保持患者生活和生命质量,较实用。

关键词 康复;认知功能;养老机构;痴呆

中图分类号:R743 **文献标识码:**B **文章编号:**1001-1242(2013)-02-0154-03

社会老龄化和老年痴呆患病率呈逐渐上升趋势已引起明显的社会问题和家庭负担,势必影响老人晚年生存质量。老年痴呆患者是一个特殊群体,记忆力差、生活被动、生存质量低下,其中部分被安置在养老机构。如何在养老机构开展有效康复训练,已成为迄今需要研究的重要课题。

1 资料与方法

1.1 一般资料

入组标准:①符合ICD-10阿尔茨海默病和脑血管性痴呆的患者,经中级职称以上精神科医师复核确诊,经CT或MRI排除脑肿瘤、癫痫及正常压力脑积水等;②简易智力状态检查(mini mental state examination, MMSE)≥15分,其中文盲≤17分,小学≤20分,中学或以上者≤24分的;③能言

语、四肢活动,走路较平稳;④年龄<90岁。入组对象均由其看护人签署知情同意书。失明、失聪、肢体活动不便及患有严重躯体疾病者除外。

选择2所养老环境基本相同各近200张床位的区级一级养老院,一所养老院的老人作为康复训练研究(康复组),另一所养老院的老人不组织康复训练(非康复组),进行对照。先按符合入组条件的排序,随机抽取两组患者各30例。两组的性别、年龄、记忆减退病程、疾病分布及MMSE总分比较,差异均无显著性($P>0.05$),见表1。

1.2 方法

由获得康复专业证书的康复专业人员作为训练指导者。研究前,接受3d培训合格后上岗。以集体康复为主,有计划地在室内进行,为期18个月。康复项目:①记忆力训

表1 两组一般资料比较

($\bar{x}\pm s$)

项目	例数	年龄(岁)	性别(例)		记忆减退病程(年)	阿尔茨海默病(例)	脑血管性痴呆(例)	MMSE总分
			男	女				
康复组	30	77.93±4.53	13	17	3.74±0.96	18	15	19.83±2.28
非康复组	30	76.80±4.48	15	15	3.92±0.920	12	15	19.93±2.08
统计值		$t=0.975, P>0.05$	$\chi^2=0.268, P>0.05$		$t=0.754, P>0.05$	$\chi^2=0.606, P>0.05$		$t=0.178, P>0.05$

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2013.02.013

1 上海市浦东新区精神卫生中心,上海市三林路165号,200124;2 通讯作者

作者简介:胡承平,男,主治医师;收稿日期:2012-03-05

练。反复识记生活常识,或无序数字,或看图识字,或复述故事,或识记麻将牌上标识,由少到多逐渐增加,请老人马上回忆;或回忆昨、前天发生的事。每日1次,45min/次。评定回答的正确率和所用时间。②思维能力训练。包括逻辑推理、分析和综合及理解表达能力。如按图纸堆积木搭造型;听故事后概述;造句或联想更多相似的词句;将图片、实物、单词作归纳和分类。每日1次,45min/次。评定正确率和所用时间。③计算能力训练。进行一、二位数加减运算,评定其规定时间内的正确率。每日1次,45min/次。④绘画训练。训练绘画技术,采取临摹法。评定完成一幅画的时间和着色正确性。每周1次,45min/次。⑤音乐欣赏。康复治疗师讲解该曲目特点后,请老人倾听。每周1次,45min/次。⑥体育训练。在室内小步跑,有时使用运动康复器材。每日1次,45min/次。⑦文娱活动。做游戏,槟果投掷活动。每日3次,45min/次。上述有关项目都在上午测试评分,入组前、观察6、12及18个月后各测定1次。

1.3 评估工具

①MMSE量表筛选认知缺损;②韦氏记忆测验修订版(Wechsler memory scale and revised edition, WMS-R, 1987)测定记忆水平(memory quotient, MQ);③日常生活活动能力量表(activities of daily living scale, ADL)评定日常生活活动能力;④生存质量指数(quality of life-index, QL-Index)测定当前疗效和疾病减轻程度^[1];⑤TDL生存质量测定表(Tang Danlin quality of life assessment scale, TDL-QOLAS)16项,测定身心健康水平和与人相处状态。入组前、观察每6个月测评1次。根据增分率评定疗效,增分率50%—20%为好转,20%—10%为病情稳定,<10%为恶化。

1.4 统计学分析

使用SPSS11.0统计软件,统计方法包括 t 检验、方差检验、 χ^2 检验、logistic回归以及Fisher确切概率法检验。

2 结果

18个月后,非康复组因肺部感染死亡2例,余28例完成研究,康复组全部完成研究。康复组病情稳定21例,恶化9例;非康复组病情稳定10例,恶化20例;前者病情稳定者明显多于后者,差异有显著性($P<0.05$)。

两组患者各项评定结果见表2。

3 讨论

本研究是在一所符合上海市一级养老机构资质的养老院开展技术开发研究的,应用综合康复手段期望提高或相对维持老年痴呆者的生活和生命质量。研究表明,在一定时间内(6—18个月)应用康复训练法能有效减缓痴呆患者认知功能损害的发展速度,一定程度上保持生命质量,提高或稳定

生存质量水平和生活自理能力,在药物治疗不太理想的情况下,进行综合康复训练疗效好^[1-2],养老机构专业人员容易学习掌握,可推广应用^[3]。

观察发现,经过康复训练,痴呆老人的记忆水平虽较干预前有所下降,但差异不明显,未被康复训练者却显著下降,表明,在记忆力衰退总趋势难以逆转的情况下,积极、系统、有效的康复训练能起到减缓记忆衰退的发展速度。作用较显著的是,依靠社会经验进行记忆的,如常用物品记忆训练,患者保存和再现的记忆能力相对较强,回忆的成功率较高,反映了康复训练总体是有效的。表明认知功能训练能有效地延缓痴呆的进展,促进患者认知能力的康复^[4]。普遍认为早期干预很重要,有人认为^[5],对轻度认知功能障碍者进行规范的个体化训练,几个月后注意力、计算力水平会明显提高,说明早期康复训练更能取得较快效果。

工具性操作训练也能取得更好疗效。如绘画、拼图,尽管更专业,训练后操作水平却能明显提高,远强于未训练者。表明,康复训练本身是一种再学习过程,老人更适宜对有吸引力和兴趣的操作技术,能较快地吸收和掌握新知识,在有经验人员的帮助下,训练效果更明显,一定程度上弥补失去的记忆和知识,达到新的相对动态平衡,减缓记忆衰退速度。康复训练又是一种行为和认知的学习模式,通过学习一再学习,得到新的提高。当然,老年人因处于心理和生理功能明显衰退期,遗忘越来越快,记忆越来越差,精神和生理衰退不可避免。但是,多学习、多操作、有利于减缓认知功能损害速度。有人认为是^[6-8],适宜的运动训练可以促进海马内c-fos、c-jun mRNA的表达,从而促进学习记忆,提高严重认知功能障碍者的6m步行时间^[9]。

康复训练有利于痴呆老人保持一定的生存质量。研究证明,较长时间系统训练,让老人处在宽松、和谐、舒畅、静动结合的环境中,心情放松,相互鼓励和支持,比能力,比成功率,经常得到更多的快乐和关爱及支持,能逐步调动患者主观能动性,提高自信心,起到调节心理功能,激活脑功能潜能作用。康复训练娱乐性较强,有利于吸引老人参与,主动、积极、认真、持久地参与康复训练,是达到康复效果的基本保证。

康复训练可改善血管性痴呆大鼠空间学习记忆能力,其机制可能与海马上神经细胞黏附因子的表达水平的增高有关^[7]。Briones等^[8]研究发现,脑缺血缺氧期间,予以康复训练可促进大脑损伤区周围神经环境的恢复,有助于神经功能的恢复及重建。根据中枢神经系统结构、功能重组和可塑性原理,早期康复治疗很重要^[9],适当地促进脑代谢技术可影响神经细胞,使其树突增加,形成新的神经通路,系统的康复训练可增加大脑皮质厚度和营养,从而加强活动能力并改善神经系统兴奋性和反应性。有报道^[10],长期运动训练可增强海马

表2 两组痴呆老人综合康复训练记忆功能生存质量水平前后比较

($\bar{x} \pm s$)

项目/组别	入组时	观察6月	观察12月	观察18月
一.记忆水平				
1.记忆商(MQ)				
康复组	50.97 ± 24.13	50.73 ± 24.28	47.50 ± 21.34 ^①	43.83 ± 20.13 ^②
非康复组	51.60 ± 24.48 ^③	49.67 ± 23.66	36.82 ± 17.93 ^{②③}	32.79 ± 15.67 ^{②④}
2.即刻记忆				
康复组	7.53 ± 1.14	7.63 ± 1.47	7.97 ± 1.22 ^②	8.03 ± 1.27 ^②
非康复组	7.50 ± 1.66 ^③	7.56 ± 1.19	7.18 ± 0.95 ^②	6.79 ± 1.62 ^{②③}
二.绘画拼图水平				
1.临摹图画时间(min)				
康复组	47.00 ± 9.16 ^③	45.43 ± 7.30 ^③	45.40 ± 7.33 ^{①③}	43.87 ± 5.75 ^{②③}
非康复组	47.63 ± 9.29 ^③	48.59 ± 8.51	50.82 ± 9.27 ^①	51.25 ± 7.96 ^{①④}
2.临摹图画质量				
康复组	46.60 ± 15.69 ^③	53.33 ± 8.33 ^①	54.07 ± 6.76 ^②	55.10 ± 7.84 ^{①③④}
非康复组	46.87 ± 12.13	47.74 ± 9.81 ^①	48.71 ± 7.76 ^②	49.50 ± 7.70 ^①
3.拼图数量(个)				
康复组	20.83 ± 4.84 ^③	22.07 ± 3.66	22.37 ± 2.58 ^②	22.97 ± 4.13 ^{②③}
非康复组	20.90 ± 4.22	19.81 ± 5.17	19.50 ± 4.55 ^②	18.00 ± 4.69 ^②
4.拼图时间(s)				
康复组	938.10 ± 214.66	929.01 ± 168.53	822.8 ± 198.2 ^①	813.97 ± 157.3 ^{②③}
非康复组	923.13 ± 280.82	928.26 ± 135.71	946.2 ± 210.6 ^①	957.54 ± 199.3 ^②
三.日常生活能力				
1.躯体生活自理能力				
康复组	11.33 ± 2.28	11.60 ± 2.37	11.40 ± 1.99 ^①	11.10 ± 1.79 ^①
非康复组	12.17 ± 1.95	12.30 ± 1.79	12.32 ± 1.42 ^①	12.46 ± 1.38 ^①
2.工具性日常生活能力				
康复组	15.17 ± 2.36	15.20 ± 1.77	14.97 ± 2.13 ^①	14.57 ± 2.01 ^①
非康复组	15.07 ± 1.48 ^③	15.51 ± 1.45	16.04 ± 1.82 ^①	16.38 ± 1.53 ^{①③}
3.ADL总分				
康复组	26.50 ± 3.49	26.80 ± 3.64	26.37 ± 3.35 ^①	25.67 ± 2.86 ^②
非康复组	27.23 ± 2.76 ^③	27.81 ± 3.05	28.36 ± 2.90 ^①	28.83 ± 2.53 ^{②③}
四.生存质量				
1.TDL生存质量总分				
康复组	78.00 ± 3.83 ^③			79.33 ± 4.10 ^{①③}
非康复组	82.33 ± 3.88 ^③			76.17 ± 3.28 ^{①③}
第9项.心情较轻松自如,兴趣较广泛,有业余爱好				
康复组	3.23 ± 0.68 ^③			4.70 ± 0.53 ^{①③}
非康复组	3.30 ± 0.53			3.42 ± 0.65 ^①
第10项.情绪较稳定,理智不易生气和悲观失望				
康复组	3.53 ± 0.63 ^③			4.53 ± 0.57 ^{①③}
非康复组	3.50 ± 0.63			3.79 ± 0.59 ^①
第13项.喜欢和亲友同事接触,与大多数人融洽				
康复组	3.67 ± 0.71 ^③			4.47 ± 0.51 ^{①③}
非康复组	3.63 ± 0.67			3.79 ± 0.59 ^①
第14项.有兴趣精力参与一些自己喜欢的团体活动				
康复组	3.73 ± 0.64 ^③			4.60 ± 0.50 ^{①③}
非康复组	3.77 ± 0.63			3.67 ± 0.56 ^①
2.生存质量指数				
康复组	5.13 ± 1.20			4.80 ± 1.42 ^②
非康复组	5.10 ± 1.32 ^④			3.75 ± 1.80 ^{②④}

同期两组比较:①P<0.05,②P<0.01;示同组与入组时比较:③P<0.05,④P<0.01

神经突触可塑性和提高学习记忆能力,有效改善血管性痴呆者的智力和生活能力。心理和行为干预较一般康复方法更能促进卒中后痴呆患者认知功能障碍和肢体偏瘫的康复^[1]。

本方法对抽象物品的回忆能力的康复效果很不理想,开放性的研究也会受到养老院内其他康复方法的作用而可能

影响结果。另外,被干预者的依从性和对干预方法的理解能力和把握度也可影响研究结果。

参考文献

[1] 王桂兰,张睿,吴洪美,等.综合康复训练对老年性痴呆患者生活 (下转第165页)