

运用提问、布置家庭作业,识别检验自动思维,帮助患者认清自己存在的歪曲的、不合理的、消极的信念,并让他们学会用新的认知方式来取代不合理认知,使患者的认知更加接近现实^[4]。本研究结果显示:CBT组治疗4周时,HAMD总分、焦虑因子即分显著下降,至治疗20周包括HAMD总分及各因子分均显著下降;治疗20周CBT组缓解率25%明显高于CM组(12.8%);出现更多积极的应对方式以取代消极的应对方式;随访48周,CBT组复燃率(20.8%)较CM组(44.7%)低,与有关研究相似^[5]。认知治疗能减轻抑郁症残留症状、减少复燃,可能与患者改变了对世界、对未来及对自己生活经历的负性认知模式,训练出一种积极的应对策略有关^[5,9]。

本研究显示,认知治疗合并药物是治疗抑郁症行之有效的方法,它不仅能控制抑郁核心症状,减少患者当前的痛苦,还可起到预防重性抑郁发作的作用。

参考文献

[1] Fava GA. Long-term treatment with antidepressant drugs: the

spectacular achievements of propaganda [J]. *Psychother Psychosom*, 2002, 71(3):127—132.

- [2] 马玲,倪家骧.慢性疼痛与抑郁症状的研究进展[J].中国康复医学杂志,2008,(11):1053—1056.
- [3] Vittengl JR, Clark LA, Dunn TW, et al. Reducing relapse and recurrence in unipolar depression: a comparative meta-analysis of cognitive-behavioral therapy's effects [J]. *J Consult Clin Psychol*, 2007, 75(3):475—488.
- [4] 刘建琪 邓元民.认知治疗与帕罗西汀对抑郁症疗效的对照研究[J].中国康复医学杂志,2006,(7):655—656.
- [5] David H. Barlow, 主编(刘兴华等译).心理障碍临床手册[M].北京:中国轻工业出版社,2004.287—333.
- [6] 张明园, 主编.汉密尔顿抑郁量表.精神科量表评定手册[M].长沙:湖南科学技术出版社,1998.121—126.
- [7] 张作记, 主编.行为医学量表手册[M].北京:中华医学科学音像出版社,2005.255—256.
- [8] Keller MB, McCullough JP, Klein DN, et al. A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression[J]. *N Engl J Med*, 2000, 342(20):1462—1470.
- [9] 宋冬玲,王梦欣,王福芳.综合干预联合药物治疗首发老年抑郁症的疗效分析[J].中国康复医学杂志,2008,23(11):1040—1042.

·短篇论著·

认知干预对脑卒中偏瘫患者运动功能及ADL的影响

包正军¹

认知功能障碍是脑卒中后最常见的后遗症之一,它不仅直接影响肢体运动功能和ADL能力的恢复,而且给患者重返社会造成很多困难,严重影响生存质量,给家庭、社会带来沉重的负担。近年来脑卒中认知障碍的危害逐渐引起人们的重视,但对认知康复的训练效果缺乏更深入的研究,认知功能训练对运动功能的改善有无帮助,对日常生活自理能力的提高有无影响,这些问题引起专业人士广泛的争论。本研究探讨脑卒中后认知功能的改善对运动功能及ADL的影响,报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

自2006年9月—2008年9月,先后有59例患者经筛查参与本研究,全部来自我院神经内科住院患者,均符合1995年全国第四次脑血管会议通过的急性脑血管病诊断标准,并经临床、头颅CT和MRT确诊为脑卒中患者。入选标准:①首

次发病;②意识清楚,生命体征平稳;③年龄45—70岁;④偏瘫。排除标准:①严重失语(不能参加基本的口语评估);②严重精神病或心肺疾患;③既往有精神病、痴呆表现。随机分为两组:治疗组29例;对照组30例。两组患者年龄、性别、损伤部位、诊断病程差异无显著性($P>0.05$),见表1。

1.2 方法

两组病例都按照神经内科常规处理,均采用神经发育疗法和日常生活能力练习对患者进行循序渐进的训练,接受常规物理治疗、作业治疗、针灸治疗。治疗组在常规治疗的基础上对认知功能障碍进行认知功能训练,每日2次,每次30min。

实施认知功能训练时,依认知功能简易精神状态评定量表(MMSE)评定结果发现患者认知功能受损的领域,针对不同领域的障碍制定相应的康复训练计划。具体的训练内容包括:①利用删除作业训练患者注意力和半侧空间失认;②利用日期和地点练习训练患者时间和地点的定向能力;③利

¹ 湖南省株洲市一医院,412000

作者简介:包正军,男,主任医师; 收稿日期:2009-02-26

表 1 两组患者一般资料比较

组别	例数	年龄(岁)	性别(例)		损伤部位(例)			诊断(例)		病程(天)
			男	女	左侧	右侧	双侧	脑出血	脑梗死	
治疗组	29	61.93±6.90	21	8	7	17	5	10	19	28±2
对照组	30	62.20±7.32	19	11	8	15	7	8	22	26.5±3

用拼凑图案画图,训练半侧空间失认和结构性失用;④记忆训练。图片记忆法:给患者一定数量的图片,让其说出名称后拿走图片,几分钟后再让患者回忆刚才看过的图片名称。日常生活活动记忆:建立规律性的日常活动,让患者自行遵守时间,主动参与治疗。利用视、听、触、嗅等多种感觉输入来配合,如看完电视后,让其说出放映的内容;吃完早餐后问其所吃的东西等;⑤利用数学游戏或作业等综合练习训练计算力;⑥综合分析能力训练:进行数字训练,物品分类训练,预算训练,假设问题的处理,从一般到特殊的推理训练等,并将这方面的训练应用到实际的日常生活活动之中。交流障碍的不同类型进行针对性的训练。

1.3 评定方法

①认知功能评定:认知功能评定采用 MMSE 对所有患者进行评定;②运动功能采用 Fugl-Meyer 运动评分;③日常生活活动能力按改良的 Barthel 指数评定法。每位患者于第 1 次治疗前做 1 次各种评定,3 个月后再做 1 次评定。各种评定均由同一医师进行,该医师不知治疗分组情况,且不参加治疗。

1.4 统计学分析

测定数据以均数±标准差表示,组间比较采用 *t* 检验。应用 SPSS/PC11.5 统计软件在电脑上进行分析处理。

2 结果与讨论

治疗 3 个月后,2 组患者 Fugl-Meyer、Barthel 及 MMSE 评分与治疗前比较均有明显提高;与对照组比较,治疗组提高更显著。见表 2。说明认知康复训练能较好地改善患者综合认知能力进而间接促进患者运动功能和 ADL 的恢复。

表 2 两组患者治疗前后运动功能和日常生活自理能力、认知功能比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	Fugl-Meyer 评分	Barthel 指数	MMSE
治疗组			
治疗前	27.15±7.24	35.70±7.67	16.20±3.8
治疗后	37.90±7.60 ^{①②}	58.85±11.57 ^{①②}	23.49±5.32 ^{①②}
对照组			
治疗前	28.10±6.06	37.00±8.22	17.31±3.11
治疗后	33.00±6.43	51.10±1.83	20.56±4.07

①与治疗前比较 $P<0.01$;②与对照组比较 $P<0.05$

文献报道,卒中后有 50%—75% 的患者会出现认知功能障碍,卒中患者发生认知功能障碍的风险至少是未患卒中患者的 6—9 倍,尤其在卒中后 12 个月内发生认知功能障碍的风险更大,而且可能持续到数年之后^[1]。存在的认知障碍,于自然恢复后,改善幅度小,其以记忆、思维、语言及注意障碍为特点^[2]。大量研究提示脑卒中后认知功能训练不仅可以改

善患者的认知功能障碍,而且在促进运动功能恢复、提高 ADL 能力方面也有重要作用^[3]。在本研究中发现,认知功能训练有利于运动功能、ADL 的能力改善,与文献报道一致。

实施认知康复训练,增加信息刺激,有利于大脑神经的功能重组,从而最终建立起新的副信息处理、加工、分析的认知神经环路^[4],利于患者的整体康复。本文采用随机对照方法,对脑卒中后存在认知障碍的患者进行认知训练,在治疗结束后治疗组与对照组治疗前后比较,MMSE 评分差异均有显著性意义。患者定向力、记忆力、语言的复述与命名能力经过认知训练会取得一定的进步;而推理能力的进步要相对慢一些。本文中的对照组尽管没有给予认知康复的专项训练,但治疗后 MMSE 总分较治疗前亦有一定程度的进步。究其原因,我们认为一方面脑卒中后的自发恢复,另一方面是由于正规的康复治疗在改善运动功能的同时,通过功能重组对认知产生了一定的影响^[5]。

认知损害对社区参与和康复治疗转归具有重要的意义。但是现在大多数的患者及家属都希望尽快恢复患者的肢体功能,往往忽视了患者的认知功能的康复,结果在进行运动功能训练时,患者由于记忆减退、注意力不集中、理解力差等原因,不能理解训练内容,无法很好地配合治疗,常常需要很长时间反复训练才能掌握和巩固正常的运动模式,使得他们比认知功能正常的偏瘫患者的肢体运动功能恢复慢得多。

脑卒中患者即使肢体运动功能恢复,而认知功能差,既影响患者的生存质量又影响患者的全面康复,因此减少脑卒中患者的认知功能障碍提高其生存质量,促进患者的全面康复,使之早日回归家庭乃至重返社会已成为脑卒中后康复治疗特别关注的问题之一^[6]。我们通过对脑卒中偏瘫患者开展认知功能训练提高其认知功能,使患者运动功能和日常生活自理能力提高,因此只有注重认知功能康复的训练,才有利于患者的全面康复,使患者重返社会和家庭。

参考文献

[1] 王艳,唐强,李娟.脑卒中后认知功能障碍及治疗的研究进展[J].中国康复医学杂志,2008,23(2):182.
[2] 谢冬玲,朱丽芳,刘惠宇,等.头皮针治疗对脑卒中患者康复期认知功能的影响[J].中国康复医学杂志,2007,22(9):834.
[3] 路微波,胡永善,吴毅等.康复训练改善脑卒中患者认知障碍的临床观察[J].中国康复医学杂志,2008,23(7):623.
[4] 尹义臣,陈卓铭,杜志宏.卒中后认知功能康复与神经可塑性[J].中国康复医学杂志,2005,20(6):471—473.
[5] 刘书芳,倪朝民,韩瑞,等.认知干预对社区脑卒中患者认知障碍的影响[J].中华物理医学与康复杂志,2006,28(12):817.
[6] 姜鹭春,胡永善,朱玉连,等.集体娱乐活动对脑卒中患者认知功能的影响[J].中国康复医学杂志,2008,23(3):259.