中西医结合康复临床实践指南·认知障碍

杨珊莉*,蔡素芳,吴静怡,程昊,华烨,张心湄,林玮佳,杨文亮

福建中医药大学附属康复医院,福建 福州 350003

* 通信作者:杨珊莉,E-mail:49688400@qq.com

收稿日期:2020-04-16;接受日期:2020-05-17

基金项目:福建省卫生健康委员会软科学项目(2018-RK-4)

DOI:10.3724/SP.J.1329.2020.05003

开放科学(资源服务)标识码(OSID):

摘要 脑卒中后认知障碍(PSCI)是指脑卒中后6个月出现的达到认知障碍诊断标准的一系列综合征,PSCI严重影响患者日常生活活动能力和生活质量,阻碍脑卒中患者的全面康复,给社会和家庭带来沉重的负担。基于循证医学原则制定的PSCI中西医结合康复临床实践指南具有重要意义,有助于规范临床诊疗路径,优化临床效果。本指南关注PSCI的中医标准研制,发挥中医药优势,致力于发展出优化康复结局的中西医结合康复措施,为制定认知康复的中西医结合诊疗策略提供一定的参考依据。本指南从术语和定义、诊断标准、康复评定标准、康复治疗等方面对PSCI进行了规范,旨在帮助临床医生和治疗师确定最优的干预措施,综合认知相关的信息,最大限度地提高临床疗效。本指南治疗部分由传统康复、现代康复、中西医结合康复治疗3个部分组成,并阐述了各种方法的具体实践内容和证据等级。本指南具有较好的科学性、系统性、有效性及临床适应性。

关键词 认知障碍;脑卒中;中西医结合康复;临床诊疗;指南

1 范围

本标准规定了脑卒中后认知障碍(post-stroke cognitive impairment,PSCI)的临床诊断标准、康复评价标准、中西医康复手段。

本标准适用于我国各级各类康复机构、中医医院或综合医院的康复科等。

2 规范性引用文件

《中国各类主要脑血管病诊断要点 2019》^[1](2019);《2018 中国痴呆与认知障碍诊治指南(五):轻度认知障碍的诊断与治疗》^[2](2018);《中国卒中后认知障碍防治研究专家共识》^[3](2020);《中国脑血管病临床管理指南(节选版)——卒中康复管理》^[4](2019);《中国脑卒中早期康复治疗指南》^[5](2017);《卒中后认知障碍管理专家共识》^[6](2017);《Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery: A

Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association》^[7](2016)。

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本指南。

3.1 脑卒中后认知障碍

PSCI 是在脑卒中这一临床事件后6个月内出现的达到认知障碍诊断标准的一系列综合征。强调脑卒中与认知障碍之间潜在的因果关系以及两者之间临床管理的相关性,包括多发性梗死、关键部位梗死、皮质下缺血性梗死和脑出血等卒中事件引起的认知障碍,同时也包括了脑退行性病变如阿尔茨海默病在脑卒中后6个月内进展引起认知障碍^[3]。

3.2 注意力

为达到专注的目的,将有限的心智资源加以分配的能力。不同的作业活动有不同的注意需求,包

引用格式:杨珊莉,蔡素芳,吴静怡,等. 中西医结合康复临床实践指南·认知障碍[J]. 康复学报,2020,30(5):343-348.

YANG S L, CAI S F, WU J Y, et al. Clinical Practice Guidelines in Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Rehabilitation — Cognitive Impairment [J]. Rehabilitation Medicine, 2020, 30(5): 343-348.

DOI: 10.3724/SP.J.1329.2020.05003

括持续性注意力、选择性注意力、分散性注意力和交替注意力^[8]。

3.3 记忆力

个体接受外界环境的信息后,对信息进行储存,并在需要时提取信息的能力。包括接受、编码、存储与检索^[8]。

3.4 执行功能

指个体在实施以目的性的任务中以灵活、优化的方式将所需的各个认知元技巧进行协调的过程^[8]。

3.5 单侧忽略

单侧忽略(unilateral neglect, UN)又称单侧注意障碍、单侧空间忽略、忽视症等,对呈现在脑损伤对侧空间的显著性新刺激不能发现、定位及反应^[9]。

3.6 日常生活活动

日常生活活动(activities of daily living, ADL)指个人每天进行的自我照顾的活动或任务,也称为基本性日常生活活动(BADL)^[8]。

3.7 八段锦

是一套由八节动作编成的传统健身功法,将有氧运动与传统医学相融合,具有简单易学、医疗保健的特点与功效^[10]。

3.8 太极拳

是中国传统养生功法之一,它将呼吸吐纳、动作和想象相融合。其动作具有轻松自然、和顺、刚柔并济等特点,兼具养生健体、祛病延年等作用^[11]。

4 诊断标准

4.1 诊断标准

参照《中国各类主要脑血管病诊断要点2019》中“脑卒中的诊断标准”^[1]。脑梗死:①多数在静态下急性起病,动态起病者以心源性脑梗死多见,部分病例在发病前可有短暂性脑缺血(transient ischemic attack, TIA)发作;②病情多在几小时或几天内达到高峰,部分患者症状可进行性加重或波动;③主要为局灶性神经功能缺损的症状和体征,如偏瘫、偏身感觉障碍、失语、共济失调等,部分可有头痛、呕吐、昏迷等全脑症状;④应进行CT或MRI检查。脑出血:①多在动态下急性起病;②突出现局灶性神经功能缺损症状,常伴有头痛、呕吐,可伴有血压增高、意识障碍和脑膜刺激征;③多有高血压病史;④首选CT检查。

参照《2018年中国痴呆与认知障碍诊治指南(五):轻度认知障碍的诊断与治疗》^[2]:①记忆功能下降;②患者或知情者报告,或有经验的临床医师

发现认知的损害;③至少存在一个认知功能域损害(如复杂的注意力、执行功能、学习、记忆)的客观证据(来自认知测验);④复杂的工具性日常能力可以有轻微损害,但保持独立的日常生活能力;⑤尚未达到痴呆的诊断。符合所有症状的脑卒中患者可诊断为PSCI。

4.2 分型标准

根据2020年《中国卒中后认知障碍防治研究专家共识》^[3]。

4.2.1 早发型PSCI(early-onset PSCI) 脑卒中事件后3~6个月出现认知障碍。

4.2.2 迟发型PSCI(delayed-onset PSCI) 脑卒中事件后6个月出现认知障碍。

4.3 中医辨证分型

参照国家中医药管理局《中医病证诊断疗效标准》^[12]。

4.3.1 肝肾阴虚证 沉默寡言,迟钝呆滞,记忆减退,头晕目眩,耳鸣,腰膝酸软,五心烦热,口干。舌红少苔,脉细数。

4.3.2 脾肾两虚证 表情呆滞,沉默寡言,记忆减退,失认失算,口齿含糊,词不达意,伴腰膝酸软,气短懒言,肌肉萎缩,食少纳呆,腹痛喜按。舌淡白,舌体胖大,苔白,或舌红,少苔或无苔,脉沉细弱,双尺尤甚。

4.3.3 痰浊蒙窍证 表情呆钝,智力衰退,或哭笑无常,喃喃自语,或终日不语,呆若木鸡,伴不思饮食,脘腹胀满,口多涎沫,头重如裹。舌淡,苔白腻,脉滑。

4.3.4 瘀血内阻证 表情迟钝,言语不利,善忘,易惊恐,或思维异常,行为古怪,伴肌肤甲错,口干不欲饮,双目晦暗。舌暗或有瘀斑瘀点,脉细涩。

5 康复评定标准

参照《中国脑血管病临床管理指南(节选版)——卒中康复管理》^[4]。

推荐对所有脑卒中患者进行认知筛查(1b级证据),当筛查显示损害时,应进行更详细的神经心理学评估,以明确认知的问题(3级证据)^[4]。

5.1 认知功能筛查常用评价量表

简易精神状态检查(Mini-Mental State Examination, MMSE)^[13],蒙特利尔认知评估(Montreal Cognitive Assessment, MoCA)^[14-15],简易认知评估量表(Mini-Cog)^[16],记忆障碍自评表(AD8)^[17]等。

5.2 注意力常用评价量表

数字警觉测验(Digit Vigilance Test)^[18],持续性

操作测验(Continuous Performance Test)^[19],路径描绘测验(Trail Making Test),数字广度测验(Digit Span Task),史楚普色词测验 Stroop Color and Word Test)^[20],日常注意测试(Test of Everyday Attention, TEA)^[21-22]。

5.3 记忆力常用评价量表

Rivermead 行为记忆测试(Rivermead Behavioral Memory Test, RBMT)^[23-24],韦氏记忆测验-修订版(Wechsler Memory Scale-Revised, WMS-R)^[25],剑桥前瞻性记忆测试(Cambridge Prospective Memory Test, CAMPROMPT)^[26],Rey-Osterich 复杂图形测验(Rey-Osterich Complex Figure Test, ROCF)^[27]。

5.4 执行功能常用评价量表

威斯康星卡片分类测验(Wisconsin Card Sorting Test, WCST)^[28-29],执行能力表现测试(Executive Function Performance Test, EFPT)^[30],日常任务观察-修订版(Revised Observed Tasks of Daily Living, OTDL-R)^[31]。

5.5 单侧忽略常用评价量表

行为注意障碍测试(Behavioural Inattention Test, BIT)^[32],凯瑟琳-波哥量表(Catherine Bergego Scale, CBS)^[33],半结构量表(semi-structured scale)^[34]。

5.6 日常生活能力常用评价量表

日常生活能力量表(Activity of Daily Living Scale, ADLS),社会功能活动问卷(Functional Activity Questionnaire, FAQ)。

6 康复治疗

康复干预的证据参考 SACKETT 等^[35]的证据等级,并根据 POULIN 等^[36]的意见做出调整,从 1a 级(强有力的证据)到 5 级(无证据)。① 1a 证据等级:来自结果相似的 2 个及以上高质量(PEDro $\geq$ 6)的随机对照试验;② 1b 证据等级:来自 1 个高质量的随机对照试验;③ 2a 证据等级:来自至少 1 个中等质量(4 $\leq$ PEDro $\leq$ 5)的随机对照试验;④ 2b 证据等级:来自 1 个低质量(PEDro $<$ 4)的随机对照试验或设计良好的非试验性研究(非随机对照试验、多基线的单受试者系列研究等);⑤ 3 证据等级:专家小组建议或大量结果一致的前后对照试验;⑥ 4 证据等级:2 个及以上设计良好的研究,但结果存在矛盾;⑦ 5 证据等级:设计不良的研究,案例描述或队列研究。

6.1 传统康复治疗

6.1.1 针刺治疗

6.1.1.1 头针 主穴采用百会、神庭,30 min 电针后去除电针,留针 1 h,留针期间,每隔 30 min 捻转行针 1 次直至出针,配合常规康复训练可改善患者认知功能和日常生活能力^[37](1b 级证据)。

6.1.1.2 体针 多以督脉经穴为主,主穴选用水沟、印堂、神庭、上星、百会;配穴根据不同分型选择,长针留法,每隔 10 min 行针 1 次,可以改善患者的认知功能和日常生活能力^[38](2a 级证据)。

6.1.2 中国传统导引术

6.1.2.1 八段锦 健身气功八段锦属于低-中等强度、身心合一的有氧运动。脑卒中患者在练功时,只要姿势正确,即有气感产生,易产生兴趣,易自我锻炼。长期坚持锻炼,可改善脑卒中患者整体认知功能、执行功能、记忆力和注意力^[39](2a 级证据)。

6.1.2.2 太极拳 若运动功能尚可,可练习太极拳。太极拳是一种中等强度、身心合一的训练。太极拳可改善脑卒中患者的整体认知功能^[40](2a 级证据)。

6.1.3 中药治疗 有研究认为中药含有多种有效成分,可同时发挥多种作用靶点的药理特点,符合认知障碍多因素、多种病理机制的变性病发病特点,可以按照不同证型施治^[41](2b 级证据)。

6.1.3.1 肝肾阴虚证 治法:补益肝肾,填精养神。推荐方药:六味地黄丸加减。处方:熟地黄、山药、山茱萸、牡丹皮、茯苓、泽泻。中成药:六味地黄丸、知柏地黄丸等。

6.1.3.2 脾肾两虚证 治法:补肾健脾,益气生精。推荐方药:归脾汤合还少丹加减。处方:熟地黄、当归、枸杞子、山茱萸、杜仲、山药、牛膝、远志、石菖蒲、白术、当归、黄芪。中成药:归脾丸、肾气丸等。

6.1.3.3 痰浊蒙窍证 治法:豁痰开窍,健脾化浊。推荐方药:涤痰汤加减。处方:半夏、陈皮、茯苓、竹茹、胆南星、枳实、石菖蒲。中成药:安脑丸等。

6.1.3.4 瘀血内阻证 治法:活血化瘀,开窍醒脑。推荐方药:通窍活血汤加减。处方:桃仁、红花、当归、川芎、赤芍、丹参、石菖蒲、郁金。中成药:通心络、血府逐瘀胶囊等。

6.1.3.5 静脉滴注中成药注射剂 可辨证选用具有益气、活血化瘀、醒脑开窍作用的中成药注射剂静脉滴注,如黄芪注射液、丹红注射液、丹参川芎嗪注射液、银杏叶制剂、醒脑静等可以选用。银杏叶制剂或鼠尾草提取物可能治疗认知功能障碍有效,尚待进一步验证。

6.2 现代康复治疗

6.2.1 认知康复训练 参照 Cochrane 发布的《Oc-

cupational therapy for cognitive impairment in stroke patients》,将治疗分为矫治性、代偿性2种途径^[42]。

6.2.1.1 矫治性途径 强调恢复个案受损的认知成分。

对PSCI患者进行注意过程训练(Attention Process Training,APT)是一种以理论为基础、分层、多层次的治疗,包括持续性、选择性、交替性和分配性注意力训练)。可以改善患者注意力缺陷,但对于改善日常生活活动独立性的疗效尚有争议^[43](1b级证据)。

通过对工作记忆再训练,可以改善患者的执行功能^[36](2a级证据)。

计算机辅助认知训练可以改善PSCI患者的认知功能,主要改善表现在记忆力方面^[44-45](1b级证据)。

视觉扫描即使用包含多个不同形状的视觉展示物,要求患者在其中搜索查找特定形状,通过不断练习和治疗师的反馈,使患者学会引导自己注意到忽略侧的空间^[46-47](2a级证据)。

视觉反馈训练即受试者在右侧的电视监视器上观察自己在任务中忽视的左侧行为,从而帮助他们感知自己的表现^[48](1b级证据)。

单眼遮蔽即遮盖左侧忽略者的右眼,可以显著改善患者单侧忽略的症状,但在改善日常生活能力方面与接受常规康复的对照组无明显差异^[49](1b级证据)。

6.2.1.2 代偿性途径 教导个案使用补偿性的方式管理自己的认知问题,以执行各种日常的作业活动。

使用时间压力管理策略可以改善PSCI患者在日常任务执行上的速度^[50](1b级证据)。

使用电子辅助设备如掌上电脑,配合无错学习的技巧可以改善PSCI患者的记忆功能^[51](2a级证据)。

使用Cognitive Orientation to daily Occupational Performance方法(包括goal-plan-do-check 4个步骤),改善患者的执行功能或日常生活活动能力^[52-53](2a级证据);使用视频反馈进行自我反省^[54](2b级证据)或者使用电子设备提醒自己完成计划好的活动^[36](2a级证据),改善其执行功能或日常生活活动能力。

棱镜适应即患者佩戴右移楔形棱镜后,最初视线中线被右移,在适应后,患者视线中线表现出正向左移,可以改善患者单侧忽略的症状及日常生活能力^[55](1b级证据)。

6.2.1.3 综合疗法 采用矫治性与代偿性途径相结

合的方式对PSCI患者进行干预,可能改善其认知功能和日常生活活动能力^[56](1b级证据)。

6.2.2 活动或环境调整 通过对活动或环境进行调整以降低其对执行功能的要求,使患者可以更好地完成日常生活活动。包括环境整齐和结构化;活动简化;照顾者教育;建立固定和结构化的日常工作。以促进PSCI患者的ADL独立性^[57](3级证据)。

6.2.3 虚拟现实训练 可考虑用于语言、视觉、空间的学习,但有效性尚未得到很好证实^[57](3级证据)。

6.2.4 功能性活动训练 作业治疗师对PSCI患者实施日常生活活动训练,可以使其获得更高的满意度及ADL表现,其局限之处在于不能泛化到其他活动中^[58](3级证据)。

6.3 中西医结合康复治疗

针刺联合认知康复训练,在改善认知功能和日常生活能力都优于单纯认知康复训练或药物治疗^[59-60](1a级证据)。

参考文献

- [1] 中华医学会神经病学分会,中华医学会神经病学分会脑血管病学组.中国各类主要脑血管病诊断要点2019[J].中华神经科杂志,2019,52(9):710-715.
- [2] 中国痴呆与认知障碍诊治指南写作组,中国医师协会神经内科医师分会认知障碍疾病专业委员会.2018中国痴呆与认知障碍诊治指南(五):轻度认知障碍的诊断与治疗[J].中华医学杂志,2018,98(17):1294-1301.
- [3] 王俊.中国卒中后认知障碍防治研究专家共识[J].中国卒中杂志,2020,15(2):158-166.
- [4] 张通,赵军,白玉龙,等.中国脑血管病临床管理指南(节选版):卒中康复管理[J].中国卒中杂志,2019,14(8):823-831.
- [5] 张通,赵军.中国脑卒中早期康复治疗指南[J].中华神经科杂志,2017,50(6):405-412.
- [6] 董强,郭起浩,罗本燕,等.卒中后认知障碍管理专家共识[J].中国卒中杂志,2017,12(6):519-531.
- [7] WINSTEIN C J,STEIN J,ARENA R,et al. Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery: A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association [J]. Stroke, 2016, 47(6): e98-e169.
- [8] RADOMSKI, MARY VINING, CATHERINE A, et al. Occupational therapy for physical dysfunction [M]. Amsterdam: Lippincott Williams & Wilkins, 2008: 1-15.
- [9] AZOUVI P, SAMUEL C, LOUIS-DREYFUS A, et al. Sensitivity of clinical and behavioural tests of spatial neglect after right hemisphere stroke [J]. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 2002, 73(2): 160-166.
- [10] 包来发.八段锦简史[J].中医文献杂志,2001,9(2):37-39.
- [11] 王晨,杨坚,王人卫,等.短期的太极拳结合常规康复训练治疗脑卒中偏瘫患者平衡能力、运动功能的meta分析[J].中国康复医学杂志,2018,33(11):1322-1328.
- [12] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京

- 大学出版社,1994;205.
- [13] 周小炫. 中文版简易智能精神状态检查量表在脑卒中患者中的信效度初步研究[D]. 福州:福建中医药大学,2015;10-15.
- [14] 林智敏,刘子科,林锦波,等. 蒙特利尔认知评估量表(中文版)在颅脑损伤患者中的信度和效度研究[J]. 齐齐哈尔医学院学报,2012,33(11):1424-1426.
- [15] NASREDDINE Z S,PHILLIPS N A,BÉDIRIAN V,et al. The Montreal Cognitive Assessment,MoCA:a brief screening tool for mild cognitive impairment [J]. J Am Geriatr Soc,2005,53(4):695-699.
- [16] 祝晓娟. Mini-Cog 认知评价量表在脑卒中患者中的应用研究[C]//中国中西医结合学会神经外科专业委员会. 中国中西医结合学会神经外科专业委员会第六届学术大会暨广东省中西医结合学会神经外科专业委员会 2019 年学术年会及继续教育学习班论文汇编,2019;52-55.
- [17] 李涛,王华丽,杨渊韩,等. 中文版《AD8》信度与效度的初步研究[J]. 中华内科杂志,2012,51(10):777-780.
- [18] HUANG S L,CHEN T T,LIN G H,et al. Responsiveness and predictive validity of the computerized digit vigilance test in patients with stroke [J]. Disabil Rehabil,2019,41(22):2683-2687.
- [19] 田国强,甘建光. 连续操作测验检测持续性注意功能[J]. 中国临床神经科学,2009,17(6):653-656.
- [20] SCARPINA F,TAGINI S. The stroop color and word test [J]. Front Psychol,2017,8:557.
- [21] ROBERTSON I H,WARD T,RIDGEWAY V,et al. The structure of normal human attention:The test of everyday attention [J]. J Int Neuropsychol Soc,1996,2(6):525-534.
- [22] 王科英,恽晓平. 汉语版日常注意测验在中国大陆正常人群的信度、效度研究[J]. 中国康复理论与实践,2011,17(6):515-518.
- [23] WILSON B,COCKBURN J,BADDELEY A,et al. The development and validation of a test battery for detecting and monitoring everyday memory problems [J]. J Clin Exp Neuropsychol,1989,11(6):855-870.
- [24] 刘晶京,恽晓平. 汉化版 Rivermead 行为记忆测验第 3 版的信度和效度[J]. 中国康复理论与实践,2016,22(5):511-513.
- [25] 王健,邹义壮,崔介峰,等. 韦氏记忆量表中文版(成人版)的修订及信效度研究[C]//中华医学会、中华医学会神经病学分会. 中华医学会第十七次全国神经病学学术会议论文汇编,2014:219-220.
- [26] 罗子芮,窦祖林,郑金利,等. 中文版剑桥前瞻性记忆测试量表的信度和标准效度研究[J]. 中华物理医学与康复杂志,2009,31(3):164-168.
- [27] SHIN M S,PARK S Y,PARK S R,et al. Clinical and empirical applications of the Rey-Osterrieth Complex Figure Test [J]. Nat Protoc,2006,1(2):892-899.
- [28] JODZIO K,BIECHOWSKA D. Wisconsin card sorting test as a measure of executive function impairments in stroke patients [J]. Appl Neuropsychol,2010,17(4):267-277.
- [29] BOWDEN S C,FOWLER K S,BELL R C,et al. The reliability and internal validity of the Wisconsin Card Sorting Test [J]. Neuropsychol Rehabil,1998,8(3):243-254.
- [30] BAUM C M,CONNOR L T,MORRISON T,et al. Reliability, validity, and clinical utility of the executive function performance test:A measure of executive function in a sample of people with stroke [J]. Am J Occup Ther,2008,62(4):446-455.
- [31] DIEHL M,MARSISKE M,HORGAS A L,et al. The Revised Observed Tasks of Daily Living:A performance-based assessment of everyday problem solving in older adults [J]. J Appl Gerontol,2005,24(3):211-230.
- [32] HALLIGAN P W,COCKBURN J,WILSON B A. The behavioural assessment of visual neglect [J]. Neuropsychol Rehabil,1991,1(1):5-32.
- [33] AZOUVI P,OLIVIER S,DE MONTETY G,et al. Behavioral assessment of unilateral neglect:Study of the psychometric properties of the Catherine Bergego Scale [J]. Arch Phys Med Rehabil,2003,84(1):51-57.
- [34] ZOCCOLOTTI P,ANTONUCCI G,JUDICA A. Psychometric characteristics of two semi-structured scales for the functional evaluation of hemi-inattention in extrapersonal and personal space [J]. Neuropsychol Rehabil,1992,2(3):179-191.
- [35] SACKETT D L,STRAUS S E,RICHARDSON W S,et al. Evidence-based medicine:How to practice and teach EBM [M]. 2nd ed. Edinburgh & New York:Churchill Livingstone,2000.
- [36] POULIN V,KORNER-BITENSKY N,DAWSON D R,et al. Efficacy of executive function interventions after stroke:a systematic review [J]. Top Stroke Rehabil,2012,19(2):158-171.
- [37] 冯晓东. 电针神庭、百会对脑卒中后认知障碍的临床及机制研究[D]. 福州:福建中医药大学,2013:20-30.
- [38] 朱永磊,黄川,邢甲进. “从督论治”针刺法治疗脑卒中后认知功能障碍 40 例[J]. 安徽中医药大学学报,2014,33(2):50-52.
- [39] ZHENG G,ZHENG Y,XIONG Z,et al. Effect of Baduanjin exercise on cognitive function in patients with post-stroke cognitive impairment:a randomised controlled trial [J]. Clin Rehabil,2020,34(8):1028-1039.
- [40] WANG W,SAWADA M,NORIYAMA Y,et al. Tai Chi exercise versus rehabilitation for the elderly with cerebral vascular disorder:a single-blinded randomized controlled trial [J]. Psychogeriatrics,2010,10(3):160-166.
- [41] 申伟,曾子修,金香兰,等. 中药治疗卒中后认知障碍疗效和安全性的系统评价[J]. 中国实验方剂学杂志,2020,26(11):185-193.
- [42] HOFFMANN T,BENNETT S,KOH C L,et al. Occupational therapy for cognitive impairment in stroke patients [J]. Cochrane Database Syst Rev,2010,2010(9):CD006430.
- [43] BARKER-COLLO S L,FEIGIN V L,LAWES C M M,et al. Reducing attention deficits after stroke using attention process training:A randomized controlled trial [J]. Stroke,2009,40(10):3292-3298.
- [44] LIN Z C,TAO J,GAO Y L,et al. Analysis of central mechanism of cognitive training on cognitive impairment after stroke: Resting-state functional magnetic resonance imaging study [J]. J Int Med Res,2014,42(3):659-668.
- [45] ZUCCELLA C,CAPONE A,CODELLA V,et al. Assessing and

- restoring cognitive functions early after stroke [J]. *Funct Neurol*, 2014, 29(4): 255–262.
- [46] VAN WYK A, EKSTEEN C A, RHEEDER P. The effect of visual scanning exercises integrated into physiotherapy in patients with unilateral spatial neglect poststroke: A matched-pair randomized control trial [J]. *Neurorehabil Neural Repair*, 2014, 28(9): 856–873.
- [47] LUUKKAINEN-MARKKULA R, TARKKA I M, PITKANEN K, et al. Rehabilitation of hemispatial neglect: A randomized study using either arm activation or visual scanning training [J]. *Restor Neurol Neurosci*, 2009, 27(6): 665–674.
- [48] ROSSIT S, BENWELL C S Y, SZYMANEK L, et al. Efficacy of home-based visuomotor feedback training in stroke patients with chronic hemispatial neglect [J]. *Neuropsychol Rehabil*, 2019, 29(2): 251–272.
- [49] TSANG M H M, SZE K H, FONG K N K. Occupational therapy treatment with right half-field eye-patching for patients with subacute stroke and unilateral neglect: A randomised controlled trial [J]. *Disabil Rehabil*, 2009, 31(8): 630–637.
- [50] WINKENS I, VAN HEUGTEN C M, WADE D T, et al. Efficacy of time pressure management in stroke patients with slowed information processing: a randomized controlled trial [J]. *Arch Phys Med Rehabil*, 2009, 90(10): 1672–1679.
- [51] LANNIN N A, SCHMIDT J, CARR B, et al. Occupational therapy training to use handheld personal digital assistant (PDA) devices to address memory and planning difficulties after acquired brain injury: A randomised controlled trial [J]. *Stroke*, 2014, 45(12): e296.
- [52] POULIN V, KORNER-BITENSKY N, BHERER L, et al. Comparison of two cognitive interventions for adults experiencing executive dysfunction post-stroke: a pilot study [J]. *Disabil Rehabil*, 2017, 39(1): 1–13.
- [53] WOLF T J, POLATAJKO H, BAUM C, et al. Combined cognitive-strategy and task-specific training affects cognition and upper-extremity function in subacute stroke: an exploratory randomized controlled trial [J]. *Am J Occup Ther*, 2016, 70(2): 7002290010p1–7002290010p10.
- [54] CHUNG C S Y, POLLOCK A, CAMPBELL T, et al. Cognitive rehabilitation for executive dysfunction in adults with stroke or other adult non-progressive acquired brain damage [J]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2013, 2013(4): CD008391.
- [55] MIZUNO K, TSUJI T, TAKEBAYASHI T, et al. Prism adaptation therapy enhances rehabilitation of stroke patients with unilateral spatial neglect: A randomized, controlled trial [J]. *Neurorehabil Neural Repair*, 2011, 25(8): 711–720.
- [56] CHEN S Z, JIANG Q, LIU P, et al. Effect of the cognitive rehabilitation on the functional independence of hemiplegic patients with stroke [J]. *Chinese J Clin Rehabil*, 2006, 10(18): 14–16.
- [57] TINA CHAMPAGNE O T D, OTD M T M, BARBARA NADEAU M A, et al. Cognition, cognitive rehabilitation, and occupational performance [J]. *The Am J Occup Ther*, 2019, 73 (Supplement 2): 7312410010p1–7312410010p26.
- [58] KOH C L, HOFFMANN T, BENNETT S, et al. Management of patients with cognitive impairment after stroke: a survey of Australian occupational therapists [J]. *Aust Occup Ther J*, 2009, 56(5): 324–331.
- [59] 杨珊莉. 针刺结合认知功能训练对脑卒中患者认知功能的影响[D]. 福州: 福建中医学院, 2006: 8–13.
- [60] 江一静. 电针百会、神庭对脑卒中后认知功能障碍的影响[D]. 福州: 福建中医药大学, 2011: 5–9.

Clinical Practice Guidelines in Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Rehabilitation — Cognitive Impairment

YANG Shanli*, CAI Sufang, WU Jingyi, CHENG Hao, HUA Ye, ZHANG Xinmei, LIN Weijia, YANG Wenliang
Rehabilitation Hospital Affiliated to Fujian University of Traditional Chinese Medicine, Fuzhou, Fujian 350003, China

* Correspondence: YANG Shanli, E-mail: 49688400@qq.com

ABSTRACT Post-stroke cognitive impairment (PSCI) refers to a series of syndromes that meet the diagnostic criteria of cognitive impairment 6 months after stroke. PSCI seriously affects patients' ability of daily life activities and quality of life, hinders the comprehensive rehabilitation of stroke patients, and brings heavy burden to society and families. The clinical practice guidelines of PSCI rehabilitation based on evidence-based medicine are of great significance to standardize clinical diagnosis and treatment and optimize the clinical effects. The guidelines focus on the development of traditional Chinese medicine (TCM) standards of PSCI, give full play to the advantages of TCM, and devote themselves to the development of integrated traditional Chinese and western medicine rehabilitation measures to optimize the outcome of rehabilitation, so as to provide certain reference basis for the formulation of integrated traditional Chinese and western medicine diagnosis and treatment strategies for cognitive rehabilitation. The guidelines regulate PSCI in terms of terminology and definitions, clinical diagnostic criteria, rehabilitation evaluation criteria, rehabilitation treatment, etc., aiming to help clinicians and therapists determine the optimal intervention measures, synthesize relevant information, and maximize clinical efficacy. The guidelines consist of traditional rehabilitation, western rehabilitation and rehabilitation treatment of integrated traditional Chinese and western medicine, which explain concrete practice content and levels of evidence of various methods. The guidelines are of importance for scientific, systematic, validity and clinical applicability.

KEY WORDS cognitive impairment; stroke; integrated traditional Chinese and western medicine rehabilitation; clinical diagnosis and treatment; guideline

DOI: 10.3724/SP.J.1329.2020.05003