

研究表明, 高危脑瘫婴幼儿早期综合康复干预, 能促进大脑发育, 发挥大脑潜能, 早期建立正确发展模式, 跟上同龄儿童发育水平, 减轻功能障碍^[1]。综合组 89.0% 的正常比率说明高危脑瘫婴幼儿的早期综合康复治疗可以达到临床治愈的效果^[4]。大量临床及实验资料证实, 早期开始并按计划坚持训练的多数轻、中度脑瘫可康复到基本正常, 重度也可最大程度地减轻残疾^[2]。早期干预, 对提高治疗效果, 减少肢体残疾, 减轻家庭及社会的负担具有重要意义^[3]。我们的临床观察证明了上述观点。

参考文献

- [1] 李树春. 小儿脑性瘫痪[M]. 郑州: 河南科学技术出版社, 2000.4.
- [2] 王勇. 早期干预对小儿脑瘫康复的临床意义 [J]. 广西医学, 2003, 25(9):1676.
- [3] 栗滢波, 张玉洁, 徐贵侠, 等. 正常运动模式和强化运动量对脑性瘫痪患儿疗效的影响[J]. 中国康复医学杂志, 2009, 24(2):172.
- [4] 黄真, 席宇诚, 周从乐, 等. 围产期脑损伤高危儿早期康复治疗的临床观察[J]. 中国康复医学杂志, 2005, 20(6):427.
- [5] 陈晓明, 张志强. 高压氧治疗缺血性脑血管病机制的研究进展[J]. 中国康复医学杂志, 2008, 23(8):766.
- [6] 孔磊, 许立民, 覃少清, 等. 促醒训练结合高压氧治疗对持续性植物状态患者意识恢复的效果[J]. 中国康复医学杂志, 2009, 24(1):83.
- [7] 廖火生, 赵 萍, 郭秀东, 等. 家庭早期干预对降低早产儿脑性瘫痪发生率的影响[J]. 中国康复医学杂志, 2009, 24(2):136.
- [8] 苏丽代. 小儿脑瘫康复治疗的分析与体会[J]. 中国优生与遗传杂志, 2009, 17(1):101—102.
- [9] 张文霞. 288 例小儿脑瘫康复综合治疗分析[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2009, 12 (2):53—54.
- [10] 陈才, 洪芳芳. 脑瘫患儿运动功能的康复治疗进展[J]. 中国康复医学杂志, 2008, 23(10):957.
- [11] 石坚, 封志纯, 刘利辉, 等. 高危脑瘫婴幼儿早期康复的疗效与价值[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2002, 24(8):464.
- [12] 任世光. 2 岁内脑损伤综合征及脑瘫康复程序和方法探讨[J]. 中国康复理论与实践, 2003, 9(5):264.
- [13] 王俐, 郭晓英, 唐 梅, 等. 运动功能训练联合药物及高压氧治疗不同年龄小儿脑瘫疗效观察 [J]. 中国康复医学杂志, 2008, 23(8):750.

·短篇论著·

作业活动对脑卒中患者单侧空间忽略疗效的影响

顾亚萍¹ 林 桦¹ 范嘉琦¹ 郑馥兰¹ 金培勇¹ 管微敏¹

单侧空间忽略(unilateral spatial neglect, USN)是常见的脑卒中患者的认知功能障碍, 患者对来自大脑病损半球对侧空间未知的或有意义的刺激不能反应和定向^[1], 可表现为视觉、听觉、运动、躯体等方面的忽略。近年来国内外有关 USN 的康复方法很多, 包括提高自我意识水平改善忽略、视觉扫描练习、单眼遮蔽、肢体运动练习、前庭刺激法、棱镜适应、日常生活活动能力训练等, 且能够取得一定的疗效, 但确切的、行之有效的治疗手段报道较少。本研究旨在探讨作业活动对治疗脑卒中患者单侧空间忽略的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2008 年 2—10 月在我院康复科进行康复治疗的左侧偏瘫患者 56 例。入选标准: 病程 ≤ 6 个月, 发病年龄 < 80 岁、神志清楚、无偏盲、检查合作者。均经头颅 CT 或 MRI 检查确诊, 符合全国第四届脑血管病学术会议制定的诊断标准。

排除标准: 有意识障碍、有精神症状者、认知功能严重障碍(MMSE ≤ 17 分)、大脑双侧损伤者、检查不合作者。

经专业人员评定共 34 例左侧偏瘫伴单侧空间忽略的患者入选, 其中男 23 例, 女 11 例。文化程度: 文盲 2 例、小学 9 例、中学 19 例、大学 4 例。34 例患者随机分为观察组和对照组, 两组患者在性别、年龄、病程等一般资料的比较差异均无显著性($P > 0.05$), 见表 1。

1.2 治疗方法

对照组患者给予常规运动疗法、理疗、作业治疗(床边坐位、站立平衡的作业活动; 日常生活活动训练和指导; 对患者和家属进行 USN 知识宣教和指导 USN 的治疗等)。

观察组除与对照组进行相同的常规运动疗法、理疗、作业治疗外, 还根据患者的不同年龄、爱好、视力、体质状况、临床表现等情况进行有针对性个体化作业活动设计。

1.2.1 “一对一”指导个体独立活动: ①躯体旋转: 坐位平衡功能达 II 级或以上患者予坐位下患肢支撑负重, 健上肢带动躯体向患侧旋转插木钉板活动或在左侧空间寻找物品等活动。②激发警觉: 体质差或坐位平衡功能未达 II 级患者在轮椅中进行 Bobath 握手、敲打灯的活动(利用上肢引导式协调训练器械上的不同颜色灯光、发出声音、速度变化, 引发患者注意)。③暗示练习: 视力好的患者进行删除数字或图形等视觉扫描, 喜好读报和书写且视力良好患者进行读文章和书写, 在文章或纸的左侧用红线做标记或用手指指点等方法进行暗示练习。

1.2.2 集体活动: ①提高注意力: 坐位平衡功能达 II 级或以上且爱好棋类、球类的患者进行飞行棋(象棋)大赛或一字横摆的保龄球比赛等活动。②跨越中线: 体弱或视力差或坐位平衡功能未达 II 级患者予围成一圈的传球活动或围坐在桌子旁寻找物品等跨越中线的集体活动。

个体独立活动每周 5 次, 治疗师根据患者的情况由近及远, 由简到繁, 循序渐进地进行设计并指导实施。每次 10—15min。集体活动每周 2—3 次, 每次 20—30min。共进行 8 周。

1 上海市静安老年医院康复医学科, 200040

作者简介: 顾亚萍, 女, 主管技师

收稿日期: 2009-02-23

表 1 两组患者一般资料比较

组别	例数	性别		平均年龄 (岁)	病程 (d)	病因(例)	
		男	女			脑出血	脑梗死
对照组	17	11	6	61.3±11.2	47.2±22.2	4	13
观察组	17	12	5	63.7±15.8	45.5±29.5	5	12

1.3 评价方法

USN 评价采用:①Albert 试验(此法最为敏感,在纸上散布一些无规则的短线条,让患者用笔与线条正交叉地删去短线,漏删线>56.8%为肯定有单侧忽略,4.5%—56.8%为可疑忽略,<4.5%为无单侧忽略)^[3];②等分线段测验(在纸上有长短不一、位置偏左、偏右或居中的水平线若干条,让患者用笔在每根线上的中点作等分符号,如单侧漏分 2 根,或中点偏移超出全长度 10%均为阳性)^[3];③画钟表测试(要求患者在已画好的表盘里填写时间的数字,并将指针指向“10:15”,如将所有的数字挤在右边或表盘内左半边的时间数字不写,均为阳性)^[4];④临摹试验(要求患者按照样本临摹,如只画出图形的一半,左侧缺失或临摹的图画显著偏置在纸的右侧,均为阳性)^[4]。4 项中有 1 项及 1 项以上阳性即为有空间忽略。

日常生活活动能力的评定采用功能独立性评定量表(functional independence measure, FIM)^[5],每项 7 分,总分为 126 分。两组患者分别在入院后 3 天内、治疗 1 个月时、2 个月时各评定 1 次。评定人员经过统一培训,采用同一评定标准。

1.4 统计学分析

采用 SAS 软件对数进行统计学分析。计量资料用均数±标准差表示,均数组间比较采用 *t* 检验。计数资料组间比较采用 χ^2 检验。

2 结果

两组患者治疗前 USN、FIM 比较差异无显著性,治疗后在单侧空间忽略、功能独立性方面均有不同程度的改善。但观察组比对照组在改善单侧空间忽略、提高功能独立性中的自理活动、转移、社会认知疗效更显著,见表 2—3。

表 2 两组治疗各期 USN 评价情况

组别	对照组			观察组		
	治疗前	治疗 1 月时	治疗 2 月时	治疗前	治疗 1 月时	治疗 2 月时
4 项阳性	10	8	3	11	6	0
3 项阳性	4	5	6	4	6	3
2 项阳性	3	3	5	2	2	5
1 项阳性	0	1	2	0	3	1
无阳性	0	0	1	0	0	8

*“4 项”指 Albert 试验、等分线段测验、画钟表测试、临摹试验。

表 3 两组治疗前后 FIM 中各分项的评分值 ($\bar{x}\pm s$,分)

FIM 内容	对照组		观察组	
	治疗前	治疗 2 月时	治疗前	治疗 2 月时
自理活动	7.1±2.5	11.1±2.5	7.2±2.6 ^①	22.1±2.4 ^{②③}
括约肌控制	9.3±2.1	10.3±1.5	9.2±2.5 ^①	11.1±0.3
转移	5.3±1.2	8.1±2.5	6.1±2.1 ^①	14.1±1.6 ^{②③}
行进	3.2±0.5	5.1±2.4	3.4±1.5 ^①	6.1±2.4 ^②
交流	8.3±1.4	8.8±2.1	8.2±1.5 ^①	9.1±1.4 ^②
社会认知	8.1±4.6	11.2±2.7	8.1±2.5 ^①	14.7±2.3 ^{②③}
FIM 总分	41.3±2.1	54.6±2.3	42.2±2.1 ^①	77.2±2.1 ^{②③}

①与对照组治疗前比较 $P>0.05$;②组间治疗前比较 $P<0.001$;③与对照组治疗 2 月时比较 $P<0.05$

3 讨论

USN 是长期影响脑卒中患者康复效果的预后因素^[6]。USN 的发病机制有注意障碍学说、知觉障碍学说、半球侧化理论、表征理论等,它是一系列的对病损对侧空间信息处理

功能障碍综合征中的一种^[7],主要包括空间注意、感知、记忆、洞察力和运动控制相关障碍,并涉及视觉信息处理系统的破坏,这些方面的障碍构成了空间忽略,给日常生活活动带来不便。有报道认为从急性期开始康复干预可以促进 USN 的恢复或改善^[8]。

表 2—3 结果显示,平衡练习、日常生活能力练习、对患者和家属进行 USN 知识宣教和指导等对改善单侧空间忽略、提高功能独立性方面有一定的帮助,但观察组比对照组疗效更显著($P<0.001$),分析原因可能是:①患者对 USN 的认知不够和家属只重视运动功能的恢复。②家属忽略患者的视力、兴趣,随心所欲进行,导致方法不对。③不顾患者的体力,长时间进行单一的活动,使患者产生厌烦情绪,导致 USN 的治疗中断。

针对 USN 的不同临床表现的偏瘫患者及其兴趣爱好,我们利用形式多样的集体活动,通过患者之间集体信息反馈,达到患者对自身 USN 的认知;利用集体活动中一定的紧张性和求胜心理,来提高患者的注意-觉醒能力^[9];利用娱乐性,增加患者对治疗的兴趣性。同时,我们在设计中将向患侧转身活动^[10]与肢体运动练习组合在一起,兼顾了单侧空间忽略的治疗和运动功能的康复治疗。

针对不同年龄、视力、体质的患者,我们在设计作业活动时将治疗 USN 的几种方法有效组合在一起(如坐位平衡、视觉扫描、听觉刺激等活动组合在一起),在原有的治疗基础上提高了治疗的强度、频度和兴趣性^[11],患者的平衡功能在不知不觉中得到了练习、耐受力得到了提升,并转换了患者的心情,缓解了感情的抑郁和冲动,避免了患者对康复训练的枯燥感、疲劳感,调动了患者的主动参与性。

早期进行注意-觉醒能力刺激、患者向左侧旋转活动、视听触觉的刺激等 USN 治疗,能使患者逐渐意识到被忽略侧的存在,能够自己主动地注意被忽略侧,达到提高日常生活活动能力的目的,表 3 结果显示,观察组治疗后功能独立性中的自理活动、转移能力、社会认知疗效比对照组更显著($P<0.001$)。由于偏瘫患者的单侧忽略不仅有空间忽略,还有肢体忽略,更多的患者是两种病症同时存在,所以在行走等方面的改善不理想,有待我们在改善肢体忽略上进一步探讨,同时治疗的长期效果有待跟踪。

参考文献

- [1] Manly T. Cognitive rehabilitation for unilateral neglect: review[J]. Neuropsychological Rehabilitation, 2002, 12: 289—310.
- [2] 林华, 严庆惠. 单侧空间忽略的临床特征及其康复[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2006, 28(5): 350—352.
- [3] 中华人民共和国卫生部医政司主编. 中国康复医学诊疗规范(上册)[M]. 北京: 华夏出版社, 1998. 68—94, 346.
- [4] 于兑生, 恽晓平编著. 运动疗法和作业疗法[M]. 北京: 华夏出版社, 2002. 218—220.
- [5] Giuseppe V. Extrapersonal visual unilateral spatial neglect and its neuroanatomy[J]. Neuroimage, 2001, 14: 52—58.
- [6] 闫彦宁, 贾子善, 张利敏, 等. 作业治疗对慢性脑损伤患者空间忽略的影响[J]. 中国康复医学杂志, 2007, 22(5): 467—468.
- [7] 何静杰. 视空间认知障碍及其康复[J]. 中国康复理论与实践, 2003, 11(9): 702.
- [8] 方乃权, 陈家梁, 吴碧琪. 脑卒中单侧忽略的康复治疗: 随机对照临床研究[J]. 中国康复医学杂志, 2007, 22(3): 200—211.
- [9] 崔立军, 吴毅, 胡永善. 脑卒中后单侧忽略的评估及康复治疗[J]. 中国康复医学杂志, 2008, 23(11): 1043—1045.