

## 脑卒中后单侧空间忽略患者的早期康复护理观察\*

马 兰<sup>1</sup> 陈 芳<sup>1</sup> 冯 玲<sup>1,2</sup>

单侧空间忽略(unilateral spatial neglect, USN) 是脑卒中患者常见的后遗症, 主要指患者对来自损伤半球对侧的刺激无反应<sup>[1]</sup>, 临床多见于右侧大脑半球病变所致的左侧空间忽略<sup>[2]</sup>。表现为患者不能注意到病灶对侧视觉、听觉、触觉甚至嗅觉的刺激等忽略行为。目前研究认为<sup>[3]</sup>, USN 是影响脑卒中患者日常生存质量和预后的重要原因。我们对脑卒中后 USN 患者进行早期康复护理, 8 周后进行综合评定, 探讨早期康复护理对 USN 患者预后的影响。

## 1 资料与方法

## 1.1 一般资料

选取 2011 年 10 月—2013 年 10 月我院康复中心住院的脑卒中患者 152 例, 诊断符合全国第四届脑血管疾病会议制定的诊断标准<sup>[4]</sup>, 为出血或缺血性脑卒中后偏瘫患者, 并经头

颅 CT 或 MRI 检查确诊。

入选标准: ①首次发病; ②神志清醒, 检查合作, 无失语; ③左侧空间忽略, 右侧基本正常; ④脑卒中后 4 周内。排除标准: ①严重其他脏器病变或功能不全; ②有精神症状者; ③严重认知功能障碍者。对入选的患者由经过专业训练的医师进行 USN 检测: 包括短线删除试验、线段二分法、字母删除试验、临摹试验及凯瑟琳-波哥量表(Catherine-Bergego scale, CBS) 检查, 根据检查结果异常判定 USN。最后符合 USN 入选标准 85 例。病例分组: 将符合 USN 入选标准的 85 例患者按编号随机分组, 对照组 38 例, 给予常规康复治疗, 男 22 例, 女 16 例, 平均年龄 65.3±10.6 岁; 干预组 47 例, 在常规康复治疗的基础上, 给予康复护理干预, 男 29 例, 女 18 例, 平均年龄 62.8±11.5 岁。两组年龄、性别、病程、CBS 评分及 USN 严重程度比较, 差异无显著性意义( $P > 0.05$ ), 见表 1。

表 1 两组患者一般情况比较

组别	例数	年龄 ( $\bar{x} \pm s$ , 岁)	性别(例)		CBS 评分 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)	USN 程度(例)		
			男	女		轻度	中度	重度
对照组	38	65.3±10.6	22	16	14.89±5.59	5	26	7
干预组	47	62.8±11.5	29	18	15.36±6.08	6	31	10

## 1.2 方法

**1.2.1 干预方法:** 对照组由康复治疗师对患者进行手法、理疗、针灸等常规康复治疗。干预组在常规康复治疗的基础上, 由专业护士针对空间忽略进行护理干预<sup>[5]</sup>: ①USN 知识教育: 成立 USN 护理小组, 定期向患者及家属讲解 USN 相关知识, 了解脑卒中后 USN 的发病原因及治疗、护理、训练要点, 告知 USN 对日常活动可能造成的安全隐患, 以得到患者的重视并积极配合治疗。②运动忽略干预: 尽早取坐位, 通过镜子调整正确坐姿; 双手交叉或对称活动, 引导健手触摸患侧的各个部位; 纠正躯干及头部右转, 并嘱患者主动向忽略侧转动头、颈和躯干; 让患者坐在矫姿镜前, 以健手带动患手取放木钉, 将木钉放在忽略侧, 患者将木钉拿起插进位于对侧的木钉盘中, 以提高患者对忽略侧的注意。③感觉忽略干预: 在患者的注视下, 用冰块、振动器、毛刷、拍打等方式刺激患者忽略侧肢体; 采用关节被动运动的方式增加患者感觉输入, 促进患者本体感觉功能的恢复, 利用灯光追视、划销作

业、简单拼图等指导患者主动控制眼球运动使视扫描定位重新转向忽略侧。④日常生活干预: 日常生活用品、闹钟、手机呼叫铃等置于患者患侧, 随时提醒、暗示患者, 使其有意识地注意忽略侧的物体; 尽量安排患者患侧针对病房入口, 医护人员和患者交流时站在患者患侧; 对患者及家属予以心理支持, 多鼓励, 多表扬, 增强患者战胜疾病的信心。

**1.2.2 评定方法:** 两组在治疗前及治疗 8 周后由专职护士进行 USN 程度和 ADL 能力评定。采用 CBS 评判患者 USN 严重程度<sup>[6]</sup>, 共包括 10 个评判项目, 总分 30 分; 0—9 分表示轻度忽略, 10—20 分表示中度忽略, 20 分以上表示重度忽略。采用 Barthel 指数进行 ADL 能力评定, 总分 100 分。

## 1.3 统计学分析

采用 SPSS17.0 统计软件。计量资料用均数±标准差表示, 计数资料采用百分率(%)表示, 两样本均数之间的比较采用  $t$  检验, 计数资料比较采用  $\chi^2$  检验。 $P < 0.05$  差异有显著性意义。

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2014.12.025

\*基金项目: 浙江省中医药(中西医结合)重点学科资助项目(2012-XK-A33); 浙江省中医药科学研究基金计划(A类)(2013ZA124); 浙江省医药卫生一般研究项目计划(A类)(2013KYA206)

1 浙江省绍兴市人民医院康复中心/浙江大学绍兴医院, 浙江绍兴, 312000; 2 通讯作者  
作者简介: 马兰, 女, 主管护师; 收稿日期: 2013-12-18

## 2 结果

两组患者治疗8周前后Barthel指数比较见表2。治疗后两组患者Barthel指数均较治疗前显著增加( $P<0.01$ );干预组的改善较对照组更为显著( $P<0.01$ )。两组患者治疗前后USN严重程度和CBS评分比较见表3。两组患者经8周后,USN中重度比例和CBS评分均较治疗前显著降低( $P<0.01$ )。治疗8周后两组患者USN严重程度比较见表4。8周后干预

组中、重度USN患者比例与对照组比较显著下降( $\chi^2=13.81, P<0.01$ )。

表2 两组患者治疗前后Barthel指数比较 ( $\bar{x}\pm s$ )

组别	例数	治疗前	治疗后	<i>t</i>	<i>P</i>
对照组	38	34.18±7.40	54.50±8.43	8.779	<0.01
干预组	47	35.68±7.55	74.96±5.43	32.86	<0.01
<i>t</i>		0.917	13.53		
<i>P</i>		>0.05	<0.01		

表3 两组患者治疗前后USN严重程度和CBS评分比较

组别	例数	USN中重度				$\chi^2$	<i>P</i>	CBS评分( $\bar{x}\pm s$ )		<i>t</i>	<i>P</i>
		治疗前		治疗后				治疗前	治疗后		
		例	%	例	%						
对照组	38	33	86.8	20	52.6	10.537	<0.01	14.89±5.59	10.81±6.28	2.963	<0.01
干预组	47	41	87.2	7	14.9	49.214	<0.01	15.36±6.08	6.65±4.35	7.417	<0.01

表4 治疗后两组患者单侧空间忽略严重程度比较 (例,%)

组别	例数	单侧空间忽略程度			
		无	轻度	中度	重度
对照组	38	2(5.3)	16(42.1)	18(47.4)	2(5.3)
干预组	47	9(19.1)	31(66.0)	7(14.9)	0(0.0)

## 3 讨论

随着脑卒中等脑血管病患者对其康复水平的期望不断提高,有效减少脑血管病的致残率已成为现代康复医学领域的重要课题<sup>[7]</sup>。USN是影响脑卒中预后的重要原因,由于患者觉察不到来自大脑病灶对侧身体或空间的刺激而不能引起相应反应和定位<sup>[8]</sup>,重度障碍患者将严重影响肢体功能的康复及ADL的能力。由于神经系统在结构上或功能上具有重组能力与可塑性,因此USN在一定程度上具有自发缓解现象<sup>[9]</sup>,导致临床医师不太重视对其的康复治疗,但是USN的自然恢复较慢,而且不能完全恢复<sup>[10]</sup>,同时,USN使脑卒中患者住院时间延长,而且忽略的持续存在影响偏瘫康复训练的疗效,直接阻碍其他功能的恢复。既往对脑卒中和卒中后USN康复的研究主要从临床治疗的角度,而忽视了护理干预的重要性<sup>[11]</sup>。

研究表明<sup>[12-13]</sup>,通过早期康复可以有效提高脑卒中患者的ADL能力,改善脑卒中患者的预后。本研究显示,对照组和干预组通过8周的康复训练,Barthel指数明显升高( $P<0.01$ ),干预组的改善程度明显高于对照组( $P<0.01$ ),说明USN具有一定的可逆性,通过反复强化、刺激和针对性的康复护理可以使患者逐渐意识到忽略侧的存在,最终能够在日常生活活动中主动地注意被忽略侧,显著提高患者的ADL能力。我们分别在对两组患者治疗前后USN严重程度发生比例和CBS评分进行比较时发现,对照组和干预组经过康复训练后,中重度USN的比例和CBS评分均较治疗前显著下降( $P<0.01$ )。干预组在8周后的中重度USN患者的比例显著低于对照组( $P<0.01$ ),CBS评分较对照组显著降低( $P<$

0.01),说明常规康复训练可以促进脑卒中后日常运动功能恢复,改善USN的症状,而在此基础上,予积极的、针对性的早期康复护理干预则提高了治疗USN的效果,减少了中重度USN的发生率,有利于USN得到最大限度的恢复。

## 参考文献

- [1] Sturt R, David Punt T. Caloric vestibular stimulation and postural control in patients with spatial neglect following stroke [J]. *Neuropsychol Rehabil*, 2013,23(2):299—316.
- [2] 张艳明,胡洁,霍速,等.卒中后单侧空间忽略的神经机制及康复的研究进展[J]. *中国康复医学杂志*,2012,27(9):865—868.
- [3] Cazzoli D, Müri RM, Schumacher R, et al. Theta burst stimulation reduces disability during the activities of daily living in spatial neglect[J]. *Brain*,2012,135(11):3426—3439.
- [4] 全国第四届脑血管病学术会议.各类脑血管病诊断要点[J]. *中华神经科杂志*,1996,29(6):379—380.
- [5] 服部一郎,细川忠义,才嘉昭,著.周天健,译. *康复技术全书* [M].海口:海南出版社,2006.60—65.
- [6] Chen P, Hreha K, Fortis P, et al. Functional assessment of spatial neglect: a review of the Catherine Bergego scale and an introduction of the Kessler foundation neglect assessment process[J]. *Top Stroke Rehabil*,2012,19(5):423—435.
- [7] 徐蓉.持续性电刺激对脑卒中患者步行重建的影响[J]. *中国全科医学*,2012,15(12):4131—4133.
- [8] Ota H. Clinical application of prism adaptation for patients with unilateral spatial neglect[J]. *Rinsho Shinkeigaku*,2013,53(11):1270—1272.
- [9] Kleinman JT, DuBois JC, Newhart M, et al. Disentangling the neuroanatomical correlates of perseveration from unilateral spatial neglect[J]. *Behav Neurol*, 2013,26(1-2):131—138.
- [10] 曹小英.脑卒中偏瘫患者发生单侧空间忽略的康复干预[J]. *天津护理*,2006,14(4):187—188.
- [11] Kim YM, Chun MH, Yun GJ, et al. The effect of virtual reality training on unilateral spatial neglect in stroke patients [J]. *Ann Rehabil Med*, 2011,35(3):309—315.
- [12] 朱满连,卢舜飞,潘天津,等.早期康复治疗脑卒中后精神障碍的临床研究[J]. *中国预防医学杂志*,2008,9(10):913—914.
- [13] 黄海彬,胡锋兰,孙丽华,等.卒中后单侧空间忽略综合康复训练疗效的研究[J]. *中华全科医学*,2010,8(3):317—318.