

## 偏斜人「身」！

文/職能治療室 陳明義 治療師

我們在臨床上有時會看到有些中風後的病患，常常很習慣的將他們的身體往偏癱的一邊傾斜，很奇怪的是這些病患不管我們怎麼把他們的身體調正，他們的「下意識」好像就是一定要跟您作對似的，不一會兒的時間，身體馬上又往壞邊偏移了，在臨床上它有一個很奇怪的名稱「傾斜推倒症候群 (pusher syndrome)」。

這種「傾斜推倒」的情況在站立時會更加明顯(請見圖一)，照顧者往往會發現要讓病患站立時，會有一股「莫名」的推力向著病患的偏癱側推進，如果不是很有經驗的治療師或者是看護，會讓這個「莫名」的推力嚇一大跳，尤其是在幫病患轉移身體到輪椅、治療床、病床或者是一般椅子的轉位動作時更是明顯。病患這樣的行為與動作會使得家屬在照顧時感到無比的困難、挫折，對於病患本身也有著相對的不安全感。

這樣的「偏斜人身」其實是中風的後遺症之一，家屬在照顧病患時會認為患者的個性因為中風後變得很奇怪也很固執，很不容易聽進去別人的指導，很令照顧的家屬感到挫折、生氣，以為病患真的不聽話。其實也不是病患真的聽不懂，或者是不願意聽他人的指導，而是他們的大腦在中風損傷後，

「認知」功能的「錯亂」，尤其是對「方向性認知能力」的「紊亂」。

也就是說這些患者在他們「心目當中」對重力鉛垂線的「認知」與我們一般人不一樣。學者Karnath等人在西元2000年的研究很清楚告訴我們這一觀點，也就是這些病患對於「重力鉛垂線」的認知與一般人大約差距有十八度左右(Karnath, Ferber, & Dichgans, 2000)。用更白話一點來說他們的大腦會認為「倒向患側邊才是我的正中的位置，你們怎麼一直要我偏向另外一邊？」如果用這樣的觀點來看我們「傾斜推倒」症候群的病患，或多或少可以了解他們為什麼會如此了！

就如同剛才所說明，「傾斜推倒」症候群的患者是因為認知功能的錯亂所導致，我們是不是可以用認知的方法來校正與治療這些患者的困擾？答案其實是可以的。所以在幫忙患者從事復健治療時適時讓患者本身知道他的身體是「偏斜」的，這是很重要的復健步驟。

不過這「讓患者本身知道身體是偏斜」的要點，其實是一點難度，尤其是要讓照顧者或者家屬們在自己的家中或是病房中從事這些站立或行走等活動真的有點困難，我們建議家屬要很注意、很小心。

我們認為在治療室中從事這些治療性的

活動也許比較安全、比較便利，因為在治療室有很完備的治療儀器與設備，例如：可以反映患者全身的大鏡子。大面積的鏡子可以讓患者與治療師清楚地了解患者目前整個的身體偏斜情況，透過鏡面的視覺回饋，讓患者可以用自己眼睛的回饋了解「自己」身體「偏斜」的情況，再加上治療師的口頭指導與治療性的活動引導，讓這些患者們的大腦對於「心目中重力鉛垂線的認知」慢慢改正到與一般人一樣。

不過，這個過程需要比一般中風患者的治療過程來得久且長。因為一般中風患者在治療性活動的設計上通常是以「偏癱側」為主，而這些有「傾斜推倒」症候群的患者，則是需要先處理他們「偏癱側推倒」的健側，所以在處理這樣的患者所需治療時程較長(Pedersen et al., 1996)。因此我們認為家屬除了要了解「傾斜推倒」症候群的患者並不是真正故意與我們「過意不去」，也得耐心配合治療師對於這種患者的治療活動。



圖一 傾斜推倒症候群病患站立情形

## References

- Karnath, H.-O., Ferber, S., & Dichgans, J. (2000). The origin of contraversive pushing: Evidence for a second graviceptive system in humans. *Neurology*, 55(9), 1298-1304. doi: 10.1212/wnl.55.9.1298
- Pedersen, P. M., Wandel, A., Jørgensen, H. S., Nakayama, H., O. Raaschou, H., & S. Olsen, T. (1996). Ipsilateral pushing in stroke: Incidence, relation to neuropsychological symptoms, and impact on rehabilitation. The Copenhagen stroke study. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 77(1), 25-28. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0003-9993\(96\)90215-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0003-9993(96)90215-4)