

复发住院率。说明家属资源中心训练模式对精神分裂症患者的康复有一定的效果,缓解了患者的病情,提高了其社会交往能力,对其生存质量亦有部分改善,值得提倡推广。但由于该中心需要一定的人力物力,希望政府可以增加一定的投入,为精神病患者这群特殊群体作出更大的努力。

本文缺乏空白对照,对该项研究有一定的影响,在今后的研究中加以改进。

参考文献

- [1] 艾桂荣,左平霞,王新华.综合技能训练对精神分裂症患者社会功能的影响[J].国际护理学杂志,2009,28(11):1544—1545.
- [2] 卢春爱,康淑兰,李占敏,等.行为训练对慢性精神分裂症患者康复的影响[J].中国民康医学,2008,20(5):462—463.
- [3] 高云,任赐儿,林勇强.家属资源中心对慢性精神分裂症患者日常生活能力影响观察[J].中国民康医学,2006,18(13):610—611.
- [4] 汪向东.心理卫生评定量表手册增订版[M].中国心理卫生杂志社,1999.88—100,263—276.
- [5] 司天梅,舒良,田成华,等.个人和社会功能量表中文版在精神分裂症患者中的信效度[J].中国心理卫生杂志,2009,23(11):790—794.
- [6] Kopelowicz A, Liberman RP. Integrating treatment with rehabilitation for persons with major mental illnesses[J]. Psychiatr Serv, 2003,54(11):1491—1498.
- [7] 徐文炜,袁国桢,张紫娟,等.慢性精神分裂症社会技能训练的研究[J].中国康复医学杂志,2008,3:241—244.
- [8] 刘国友,宋君伟,张文佳.职业康复对住院精神分裂症患者的作用[J].中国健康心理学杂志,2010,3:321—322.
- [9] 张伟波,张国芳,沈文龙,等.社会技能训练对社区精神分裂症患者的作用[J].中国健康心理学杂志,2011,10:1156—1157.
- [10] 陆兰新.康复训练对恢复期精神分裂症患者的影响[J].广西医学,2007,29(11):1803—1804.
- [11] 杨丽.影响社区精神分裂症患者生活质量的相关因素[J].护士进修杂志,2010,25(5):438—439.
- [12] 贝佳妮,李婷,徐丽芬.电话随访对精神分裂症病人生活质量影响的研究[J].护理研究,2008,22(27):2485—2486.
- [13] 潘凯琼,吴道秀,周荣波.电话随访对首发精神分裂症患者遵医行为及疗效巩固的影响[J].中华现代中西医杂志,2005(11):969—971.

·短篇论著·

目标细化结合游戏对痉挛型脑瘫患儿粗大运动功能的影响*

王小燕¹ 陈庆亮¹ 曾丽云² 黄伍妹¹

脑性瘫痪是自受孕开始至婴儿期非进行性脑损伤和发育缺陷所导致的综合征,主要表现为运动障碍及姿势异常,是儿童发育过程中最主要的致残性疾病之一,痉挛型脑瘫是其最常见的类型,约占脑瘫患儿的50%—70%,临床以肌张力异常,运动功能障碍等为特点^[1-2]。痉挛型小儿脑瘫的康复治疗是一个长期的过程,需要极大的耐心和家属的积极配合,督促、鼓励患儿持之以恒的进行正确足够的训练是影响其康复效果的关键之一^[3],目标细化结合游戏可较好地达到上述要求,提高其康复疗效,现报道如下:

1 对象与方法

1.1 对象

2010年3月—2011年3月在广东省清远市脑瘫康复中心

心就诊的痉挛型脑瘫患儿50例。纳入标准:①按2006年中国康复医学会儿童康复专业委员会、中国残疾人康复协会小儿脑瘫康复专业委员会通过的诊断标准诊断为痉挛型脑瘫;②家属知情同意;③治疗满3个月;④智力正常或轻度低下。排除标准:①其他原因造成的中枢性痉挛性瘫痪;②伴有癫痫发作;③无法配合康复治疗。将所有痉挛型脑瘫患儿随机分为对照组和实验组,各25例。两组患儿之间的性别、年龄、脑瘫类型等一般资料比较差异无显著性意义(表1, $P > 0.05$),两组GMFM评分比较差异无显著性意义(表2, $P > 0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法

按照正常儿童的运动发育规律及患儿的实际运动能力,对照组患儿采用以Bobath疗法为主的常规综合康复治疗方

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2012.05.019

*基金项目:清远市科技项目(2008A015)

1 广东省清远职业技术学院护理学院,511510; 2 广东省清远市残疾人康复中心

作者简介:王小燕,女,主治医师,讲师; 收稿日期:2011-12-24

表1 研究对象一般资料的比较

组别	例数	性别				平均年龄 (岁)($\bar{x}\pm s$)	脑瘫分型					
		男		女			痉挛型双瘫		痉挛型四肢瘫		痉挛型偏瘫	
		例	%	例	%		例	%	例	%	例	%
对照组	25	15	60	10	40	4.4 ± 1.7	10	40	8	32	7	28
实验组	25	14	56	11	44	4.6 ± 1.9	11	44	7	28	7	28

法(主要包括Bobath疗法、Vojta疗法和上田正疗法等)^[4-6]。

实验组患儿则在Bobath疗法为主的综合康复治疗中将康复目标细化并结合游戏。根据患儿的一般情况、现有能力及动作发展训练阶段(包括头颈控制、躯干控制、上肢控制、骨盆控制和下肢控制阶段)^[7],制订康复目标、康复训练计划和设计治疗性游戏并实施康复治疗。各阶段主要康复目标细化如下:

头颈控制阶段:左右转动头部;协助下双手肘支撑高位楔形垫及双膝扶持站立可抬头2s;协助下俯卧球双手支撑抬头2s;头部抬高45°;头部抬高90°;头颈直立。

上肢控制和躯干控制阶段:协助下由侧卧姿翻身至仰卧姿、由仰卧姿翻身至侧卧姿、由侧卧姿翻身至俯卧姿;由俯卧姿翻身至仰卧姿;双手肘少量协助下支撑楔形垫高跪姿;俯卧楔形垫双上肢支撑;俯卧楔形垫双上肢支撑交替抬手;双手支撑跪姿;手支撑坐;协助下扶TB架高跪并交替抬手;坐;协助下双手扶TB架高跪;协助下双手扶TB架站立;双手扶TB架跨步活动;主动双手扶TB架站立;双手扶TB架高跪;协助下四点爬姿;坐立起;单手扶TB架站立;单手扶TB架原地踏步。

骨盆控制阶段:四点爬姿;单手扶TB架高跪;双手扶TB架跪走;爬行;单手扶持跪走2m;双手扶TB架站立起;站;双手推球跪走2m;高跪;跪走2m;双手扶TB架交替半跪50次;单手扶TB架交替半跪50次;双手扶楔形垫交替半跪50次;双手扶球交替半跪50次;单手扶球交替半跪50次;交替半跪50次;坐站起;单手扶TB架蹲站;单手扶TB架半跪站立起;单手扶楔形垫半跪站立起;少量扶持蹲站2次;推TB架蹲走。

下肢控制阶段:半跪站立起;倒退跪走5步;蹲姿2s;蹲站2次;双脚跳;双脚连续跳2次;单手扶栏杆上楼梯,两脚一阶;单手扶栏杆下楼梯,两脚一阶;单手扶持蹲走;蹲走(双足跟着地);连续向前蹲跳2次;连续原地蹲跳2次(不站立起);单脚站2秒;单脚站5秒;独立一脚一台阶上楼梯;独立一脚一台阶下楼梯;单脚连续向前跳2次;单脚连续原地跳5次;两脚交替跳绳。

然后根据患儿的病情、年龄及上述细化后的康复目标设计相应的游戏进行功能训练。

两组患儿均根据其病情,由康复治疗师进行一对一的康复训练,每天训练45min,在治疗师指导下,家长参与训练2h,30d为1个疗程,共训练3个疗程。另外两组均配合进行家庭康复功能训练^[8]。

1.3 评定指标

采用小儿脑瘫粗大运动功能测试量表(Gross motor function measure, GMFM)^[9-11]对2组患儿治疗前后进行评分。评估室独立,安静,不受外界影响,室温控制在26℃。患儿衣裤为1层,不穿鞋。安排家属在场,使患儿发挥最佳水平。计算GMFM 88项总分值及各功能区分值,采用实际得分值。实际得分=检查功能区得分之和÷检查功能区数×100;检查功能区得分=每一功能区得分之和÷最大评分数×100。

1.4 统计学分析

用SPSS 13.0进行统计学分析,计量数据均采用均数±标准差表示,组间和组内比较均用 t 检验, $P<0.05$ 为差异有显著性意义。

2 结果

50例患儿经过3个月治疗后,其运动障碍及肢体瘫痪程度与治疗前比较均有明显改善,异常姿势减少,肌力增强,整体运动发育水平提高,结果见表2。结果显示以Bobath疗法为主的常规综合康复治疗 and 以Bobath疗法为主的综合康复治疗中将康复目标细化结合游戏均能较好地改善痉挛型脑瘫患儿的粗大运动功能,但将“康复目标细化并结合游戏”的效果显著优于常规综合康复治疗。

表2 2组治疗前后GMFM评分比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别/时间	例数	GMFM
对照组	25	
治疗前		40.35 $\pm$ 9.04 ^①
治疗后		49.32 $\pm$ 9.91 ^②
实验组	25	
治疗前		41.10 $\pm$ 10.01 ^③
治疗后		60.11 $\pm$ 9.57 ^④

①治疗前组间比较 $t=0.019$, $P>0.05$;②对照组治疗前后比较 $t=2.41$, $P<0.05$;③实验组治疗前后比较 $t=5.81$, $P<0.001$;④治疗后组间比较 $t=2.98$, $P<0.01$

3 讨论

痉挛型脑瘫主要表现为运动功能障碍、姿势异常和关节挛缩畸形。痉挛可限制患儿四肢及躯干的运动范围,并可诱发形成固定化的异常姿势和关节挛缩,引发相应的生物力学及形态学改变,较大影响患儿的生长发育^[12]。其治疗原则是降低肌张力,改善关节活动度,抑制异常姿势,让患儿学会主

动运动,提高平衡能力,鼓励患儿进行自主性的活动,诱发随意的、分离性的活动。

脑性瘫痪的病因极其复杂,但其基本病理变化均为大脑皮质的神经细胞变性、坏死及纤维化,导致大脑皮质的相应功能障碍。康复治疗可较好地促进脑细胞的功能重建,最终降低或消除患儿的功能障碍,提高其生存质量。

Bobath疗法是根据儿童神经正常发育的顺序,利用抑制、促通和扣击等手技,抑制异常姿势和运动,促通正常的运动感觉和运动模式对脑瘫患儿进行治疗,其主要方法手法有:①反射性抑制手法;②关键点的控制;③促进姿势反射的方法;④叩击手法。具体程序包括:抬头训练、翻身训练、坐位训练、爬行训练、站立训练和行走训练。在本研究中,对照组患儿主要采用以Bobath疗法为主的常规综合康复治疗方法,经过3个月的正规康复治疗,患儿的粗大运动功能得到了较大的提高,取得了较好的康复效果。

本研究实验组的患儿则在以Bobath疗法为主的综合康复治疗中将康复细化康复目标并结合游戏,研究结果表明其康复疗效优于对照组,患儿粗大运动功能的改善与对照组相比差异有显著性。早期干预、正确的康复训练、足够的治疗量是脑瘫患儿得到康复的关键^[9];患儿及家属的信心及配合程度是康复治疗的有力保障;患儿的兴趣及主动积极性是康复治疗的催化剂。在康复治疗中将康复目标细化,同时配合游戏可较好地控制运动训练的质和量,可充分提高患儿的兴趣和主动性,并可最大程度地提高患儿及家属的配合度,从多方面保证了患儿康复训练的质和量。

综上所述,与传统的以Bobath疗法为主的常规综合康复治疗方法相比,在康复治疗过程中如果将康复目标细化及结合游戏可以更好地实现对康复治疗质和量的控制,可有力地保证康复治疗措施的正确性及足够的治疗量,从而取得脑瘫患儿最佳的康复治疗效果。建议在对脑瘫患儿进行康复治疗时将康复目标细化并结合游戏,可较明显的提高康复治疗的效果。

参考文献

- [1] 王健,全德闻. 康复医学领域的表面肌电应用研究[J]. 中国康复医学杂志,2006,21(1):6—7.
- [2] Choi H. Quantitative assessment of co-contraction in cervical musculature[J]. Med Eng Phys,2003,25(3):133—140.
- [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—173.
- [4] 刘蓓,范晓华. 综合康复治疗脑瘫患儿的临床效果[J]. 中国康复,2005,20(4):224—225.
- [5] 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—959.
- [6] 李琴,张智香. Bobath法和Vojta法治疗小儿脑性瘫痪的效果观察[J]. 实用医技杂志,2007,16:2221—2222.
- [7] 陈庆亮,王小燕,曾丽云,等. “平衡性”疗育改善痉挛型脑瘫患儿粗大运动功能的效果[J]. 中国康复医学杂志,2010,25(4):350—352.
- [8] 赵爱勤. 家长在脑瘫患儿康复护理中的作用[J]. 中国康复,2003,18(1):61—62.
- [9] Russeli DJ, Rosenbaum PI, Cadman DT, et al. The gross motor function measure: a means to evaluate the effects of physical therapy[J]. Dev Med Child Neurol(S0012-1622),1989,31(3):341—352.
- [10] Rosenbaum PL, Walter SD, Hanna SE, et al. Prognosis for gross motor function in cerebral palsy, creation of motor development curves[J]. JAMA(S0098-7484), 2002, 288(11):1357—1363.
- [11] 刘鹏,黄东锋. 脑瘫患儿粗大运动功能测量量表的标准化研究[J]. 中国康复医学杂志,2004,19:170—173.
- [12] Bax M, Goldstein M, Rosenbaum P, et al. Proposed definition and classification of cerebral palsy[J]. Dev Med Child Neurol (S0012-1622),2005,571—576.