

家庭康复对脑瘫患儿康复的影响

张玲¹ 伍竞² 康怀鑫³

(1 江西省儿童医院 南昌 330006; 2 江西省中医药研究院 南昌 330046;

3 南昌大学医院 江西南昌 330006)

摘要:目的:探讨家庭康复对脑瘫患儿康复的影响,总结康复经验,提高脑瘫患儿康复质量。方法:根据 190 例脑瘫患儿的病情,制定与其相应的治疗方法和康复措施。并随机分为观察组和对照组,两组均接受常规综合性的物理、作业、言语等康复训练治疗,而观察组另加家庭康复训练。结果:16 例康复痊愈,151 例治疗有效,23 例治疗无效。观察组的总有效率明显好于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:脑瘫患儿应遵循早发现、早确诊、早治疗的基本原则,经长期正确系统的康复训练治疗,特别是家长参与下的家庭康复训练,能最大限度地降低患儿残疾程度,提高生活活动能力,最大程度地回归家庭和社会。

关键词:家庭康复;脑瘫患儿;影响

中图分类号:R 742.3

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.02.034

脑瘫患儿是指由于各种原因导致脑组织在出生前到出生后 1 个月内受到非进行性损伤,引起中枢性运动障碍和姿势异常的患儿,常伴有智力障碍、行为和感觉障碍及言语障碍等^[1]。近年来,由于新生儿监护病房的普及,高危儿和极低出生体重儿的生存率大幅度提高,小儿脑瘫的发生率为 1.8%~4.0%^[2],有明显上升趋势,且目前治疗脑瘫尚没有明显有效的药物,都是以综合康复训练为主,而家长与患儿接触最为密切,如果脑瘫患儿缺乏有效的家庭康复训练,可能导致间断治疗,从而得不到早期的全面系统康复治疗,最终可能导致终生残疾。向家长进行家庭康复训练教育,使脑瘫患儿在日常生活中得到正确的家庭康复训练,这对患儿的康复起到至关重要的作用。笔者对本康复中心近两年来实施了综合性康复治疗和正确家庭康复训练的患儿连续跟踪比较,发现绝大部分实施了家庭康复训练的患儿取得了良好的临床效果。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 190 例患儿的诊断和分型均符合全国小儿脑瘫标准。其中男 129 例,女 61 例。年龄 6 个月以下 17 例,占 8.9%;6 个月~1 岁 46 例,占 24.2%;1~3 岁 102 例,占 53.7%;3~6 岁 25 例,占 13.2%。临床分型:痉挛型 113 例,手足徐动型 18 例,肌张力低下型 27 例,共济失调型 7 例,混合型 25 例。并用随机数字表法分为观察组与对照组,每组 95 例;两组患儿的年龄、性别、分型、脑瘫程度和病程基本相同, $P>0.05$ 。

1.2 方法 两组患儿均遵循早发现、早确诊、早治疗的基本原则,采用常规综合性的物理、作业、言语等康复治疗手段,结合每例脑瘫患儿的特点,制订符合病情的个性化治疗方案。观察组在此基础上,通过赠送资料、光碟和组织集体培训等形式告知家属有关家庭康复训练的方法和步骤,采用多变化、

有趣味、家庭共同参与的方式,进行特别的家庭康复训练指导,并由责任医务人员定时电话或家庭随访督促、指导和评估。在两年内经 1~4 个疗程治疗后,对两组的总有效率进行比较。

1.2.1 基础性的家庭康复指导 (1)饮食指导:选择营养丰富易于消化的食物,根据患儿口部功能的发展,由流食、半流食至固体食物逐渐改变质地,做到合理喂养^[3]。应摆正进食位置,保持患儿身体两侧对称,一切动作由身体中线开始。一般让患儿采用半坐位,头稍向前屈,协助控制下颌,进行咀嚼训练。禁止平躺进食。(2)卧姿指导:侧卧位适合于各种脑瘫患儿,侧卧时,两手易伸向中线位,在下肢间夹一软枕,使下肢伸展,两腿分开。休息时以患侧卧位为佳。俯卧位适合屈曲型痉挛严重的患儿,但不宜长时间采取。(3)抱法指导:抱患儿时要使患儿的头、躯干尽量处于或接近正常的位置,双侧手臂不受压,且每次抱患儿的时间不宜过长,让其有更多的时间进行运动康复锻炼。痉挛型患儿的抱法:让患儿坐或卧于床上,双腿分开,把他蜷起来,呈髋屈膝状态,身体左右对称,然后把患儿面对面抱起来,放在胸腹前,使他的双臂围住抱者的颈部或伸向背部,把他的双腿分开放在抱者的腰部两侧。手足徐动型患儿的抱法:抱者将患儿抱起前,让患儿呈“抱球”姿势,使其双腿靠拢,髋、膝关节屈曲,两手前伸抱住自己的双膝,头前屈,再把患儿抱在胸前,或抱在身体一侧。弛缓型患儿的抱法:抱者使患儿两下肢屈曲,并拢,再用手臂托住患儿的臀部,使他的头与躯干得以伸展,双上肢伸展垂向前下方。(4)穿脱衣训练指导:要注意患儿穿脱衣时的姿势、顺序和方法,保持左右对称,从简单宽松衣裤开始,穿衣时先穿患侧,再穿健侧;脱衣时先脱健侧,后脱患侧。先给予辅助,后逐渐减少辅助,学会自己独立穿脱。(5)大小便训练指导:两岁左右开始对患儿进

行大小便训练,先要准备前面或两旁带有把手的便盆或便池,给其一个稳定的姿势和位置,然后分解逐步进行:先白天训练后夜间训练,先训练大便后训练小便,先训练使用便盆后训练使用坐厕及蹲厕,先学会控制大小便,养成定时大小便的习惯,然后逐步训练穿脱裤子、蹲起及便后清洁等。

1.2.2 功能性的家庭康复指导 (1) 运动训练指导:在运动训练时,应按照自上而下、由近到远、从简单到复杂、逐项训练、循序渐进的规律。头部控制训练:将色彩鲜艳和会发声的玩具在患儿眼前晃动,以吸引他追视玩具,达到向两侧转动的目的,俯卧时用玩具或唤他名字吸引他抬头。翻身训练:用软枕等物帮患儿保持和习惯侧卧姿势,帮助他转动头部,移动臂、腿完成翻身动作。坐位训练:扶持患儿两侧腋下或髋部,使其成正确的坐姿,而后逐渐减少对他的扶持,训练其独坐能力。爬行训练:用双手控制患儿的髋部或踝部,帮他交替移动两腿练习四肢爬行。站立训练:扶住患儿腋下或握住其双手练习站立动作,学会背靠墙或前胸倚在椅子等家具上站立。行走训练:先让患儿学习站立位双臂向前后摆动,后学习原地踏步并作双臂前后同向摆动以及左右臂向前后交互摆动。(2) 语言训练指导:首先指导家长保持患儿正确姿势,保持患儿头的正中位置,要面对患儿眼睛的高度来与其交谈,其次要注意增加与患儿说话的量,可以先从“爸爸、妈妈”以及呼唤患儿的名字等简单语句开始对他进行语言训练,也可在做游戏时对患儿进行发声训练,以引起患儿训练的兴趣。当患儿发声时,要立刻与其对话和答应,即使还说不成句,也应点头示意,反复教他,启发他说出想要表达的话语。(3) 智力教育康复指导:早期可通过色彩鲜艳有声音的教具来训练患儿的感知觉、专注力及智力,教具的选择应从大到小、从少到多、从简单到复杂,逐步训练,循序渐进。随着年龄的增大,家长应带患儿走出家门,认识周围环境了解生活常识,鼓励他与其他孩子一起游戏,在游戏中与他人交流开发智力。创造条件,让其及时入托进校接受教育,培养他形成健康的人格,融入社会生活。

1.3 效果评定标准 痊愈:能独站、独走,平衡好,上下肢活动好,肌张力正常,基本能达到同龄儿的正常运动能力。有效:异常姿势消失或部分消失,会翻身,能独坐,能扶站,平衡可,肌张力 IV 级以上。无效:症状改善较少,异常反射尚存^[4]。

1.4 统计学处理 所有资料通过 SPSS10.0 软件进行统计分析,计数资料用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有

统计学意义。

2 结果

190 例脑瘫患儿:痊愈 16 例,占 8.4%;有效 151 例,占 79.5%;无效 23 例,占 12.1%:总有效率为 87.9%。观察组的总有效率为 95.8%,对照组的总有效率为 80.0%,观察组明显优于对照组,两组差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1、表 2。

表 1 不同年龄阶段效果比较 例				
疗效	6 个月以下	6 个月~1 岁	1~3 岁	3~6 岁
痊愈	16	0	0	0
有效	1	45	91	14
无效	0	1	11	11
总有效率(%)	100	97.8	89.2	56.0

表 2 两组恢复效果比较 例				
组别	n	痊愈	有效	总有效率(%)
观察组	95	14	77	95.8
对照组	95	2	74	80.0

注:两组总有效率比较, $\chi^2=9.70$, $P<0.05$ 。

3 讨论

本组病例中,16 例痊愈的患儿都是在年龄 6 个月以下就发现并确诊患有脑瘫,经过长期系统的康复训练治疗以及正确的家庭康复训练后痊愈,这说明“早发现、早确诊、早治疗”的重要性;同时也说明家庭康复训练对脑瘫患儿康复的巨大影响。脑瘫患儿的康复训练是一项长期持久的工作,家庭的积极参与对于脑瘫患儿的康复非常重要,家属对患儿的态度将影响其治疗的时间,治疗时间的早晚与长短又严重影响其治疗效果^[5]。因此,医务人员可通过墙报、教育栏、宣传资料等间接或直接方式告知患儿家属有关家庭康复训练对患儿康复的影响及重要性,不要让家属有“患儿到了医院,就可以把患儿治好,训练治疗也全是医院的事”的思想。并可通过赠送资料、光碟和组织集体培训等形式告知其家庭康复训练的方法和步骤,组织患儿家长统一指导学习,让家长充分利用亲子关系,让家庭共同参与,使康复训练能在院内规定治疗时间之外继续进行。患儿出院后,由责任医务人员定时电话追踪或家庭随访,督促指导家长一定要连续不断地对患儿进行正确的家庭康复训练,做到持之以恒、坚持不懈。

笔者研究表明,脑瘫患儿应该进行早期综合性康复训练治疗,其中家庭康复训练在康复治疗中对患儿的疗效起到至关重要的作用。我们应将医院康复训练和家庭康复训练结合起来,让家庭康复训练成为医院康复训练的延伸,这样不但可以让患儿达到良好的康复效果,而且还能减轻其家庭经济负担。因此,康复医务人员应细心地把没有危险的康复训练方法传授给家长,患儿出院后,责任医务人员在电话追踪或家庭随访中,也应该把新的康复训练技术和训练方法传授给家长,并指导和督促家长

脑卒中早期康复治疗的疗效观察

董均成

(贵州省六盘水市人民医院 六盘水 553001)

摘要:目的:探讨早期康复治疗对脑卒中患者功能恢复的效果。方法:将我院收治的脑卒中患者 100 例,随机分为对照组与康复组各 50 例。对照组予常规药物治疗及针灸治疗,康复组在对照组的基础上,在患者生命体征稳定 48 h 后即给予系统康复治疗。两组患者在入院时和治疗 4 周时用 Barthel 指数评定运动功能。结果:经 4 周治疗后,康复组的 Barthel 指数评分均明显高于对照组 ($P<0.05$),康复组患者的肢体功能恢复优于对照组。结论:脑卒中患者在常规治疗基础上进行早期康复治疗能显著提高肢体功能的恢复程度和生活质量,值得在临床中推广应用。

关键词:早期康复治疗;脑卒中;功能恢复;效果观察

中图分类号:R 743.34

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.02.035

脑卒中是神经系统的常见病、多发病,其临床致死率及致残率常年居高不下,是当前威胁人类健康的一大重要疾病。近几年来,脑卒中发病率随老龄人口的增多呈上升趋势,如果得不到及时、正确的治疗,往往出现残障,给患者及其家庭带来了严重的身心损害,同时,也给家庭和社会带来了沉重的负担,因此如何尽早恢复脑卒中患者的肢体功能,一直是医学界较为关注的研究课题。多数研究表明,对患者进行康复治疗越早,患者的恢复疗效就越好。现将我院两年来治疗脑卒中患者的情况介绍如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择我院神经内科及康复科 2010 年 1 月~2012 年 10 月住院患者 100 例,其中男 48 例,女 52 例;年龄 45~79 岁,平均(62.4±6.8)岁。均符合 1995 年全国第四届脑血管病学术会议的诊断标准^[1],并经头颅 CT 或 MRI 检查确诊。

1.2 纳入标准 发病时间<7 d;首次发病,单侧卒中并有对侧肢体运动功能障碍;Glasgow 评分≥9 分;简易智力状态量表(MMSE)评分:文盲>17 分,小学>20 分,中学以上>24 分。

1.3 排除标准 (1)椎基底动脉系统脑卒中患者;采用溶栓治疗的患者;脑出血后手术患者;年龄>80 岁;Glasgow 评分≤8 分者。(2)既往有脑卒中病史的患者。(3)有严重并发症的患者。(4)双侧病变的患者。(5)蛛网膜下腔出血的患者。(6)双侧病变、四肢瘫痪的患者。

1.4 方法 将患者随机分为康复组和对照组各 50

例。两组患者在年龄、性别、梗死部位、伴发疾病、病情程度及既往史等方面比较无显著差异,具有可比性。对照组予神经内科常规药物治疗及针灸治疗,康复组在对照组的的治疗基础上,在患者生命体征稳定 48 h 后即给予系统康复治疗。两组患者于治疗前及治疗后进行 Barthel 指数评定,对比研究。

1.4.1 针灸治疗 采用体针和头针。头针以运动区为主,配合感觉区、足运动区。体针以手、足阴阳经为主,以患侧曲池、手三里、合谷、外关、足三里、上巨虚、昆仑、风市、三阴交等为主。进针得气后留针 20 min,1 次/d,每疗程 14 d,共治疗 2 个疗程。

1.4.2 康复治疗 康复组在患者生命体征稳定后即给予系统康复治疗。卧床期进行良肢位摆放,按照由肢体近端至远端的顺序,对患侧肢体进行被动运动,同时鼓励患者用健侧肢体帮助患侧被动运动。多做抗痉挛模式活动,如肩外展、肩外旋、前臂旋后、腕背伸、伸髋、屈膝、踝背屈等。床上运动:早期开展由简单到复杂的主动训练,着重训练瘫痪肢体和软弱肌群,使患者尽快从被动活动过渡到主动的康复训练,以利于肢体功能恢复,常见的肢体主动训练有:Bobath 握手、桥式运动等。Bobath 握手:双手手指交叉,患手拇指置于健指之上,利用健侧上肢进行患侧上肢的被动运动,注意肘关节要充分伸展;桥式运动:分为单桥和双桥,指选择性髋关节伸展运动,是早期床上体位变化训练的重要内容之一。患者能够维持床上坐位 30 min,无直立性低血压等不适症状时,即可坐轮椅到训练室训练。训练内容主要有:主动-被动运动、站立及立位平衡训

一定要连续不断地对患儿进行正确的家庭康复训练,让患儿不断地通过家庭康复训练,达到最大程度的肢体功能恢复和生活自理能力的提高,早日正常回归家庭和社会。

参考文献

[1]《中华儿科杂志》编辑委员会,中华医学会儿科学分会神经学组.小

儿脑瘫的定义、诊断条件和分型[J].中华儿科杂志,2005,43(4):262
[2]李树春.小儿脑性瘫痪[M].郑州:河南科学技术出版社,2000.99
[3]徐益红,金雅琴.小儿脑性瘫痪的康复护理及健康指导[J].浙江医学预防,2004,16(10):54-55
[4]胡永善.新编康复医学[M].上海:复旦大学出版社,2005.684
[5]王芸,王爱红.小儿脑性瘫痪的家庭康复护理[J].护理研究,2005,19(6):1 101-1 103

(收稿日期:2012-12-10)