

Peabody 运动发育量表对改善基层医院运动发育落后患儿的应用价值

林贞 李彩霞 骆志群

(广东省江门市新会区妇幼保健院 江门 529100)

摘要:目的:探讨在基层医院儿童保健工作中应用 Peabody 运动发育量表(PDMS—2)对改善运动发育落后患儿的应用价值。方法:选取 2012 年 1~6 月我院儿保体检中发现的运动发育落后患儿 64 例,随机分为干预组(30 例)与对照组(34 例)。干预组采用配套运动训练方案进行干预,对照组不给任何干预,6 个月后再对两组患儿的运动发育水平进行评估。结果:干预前两组粗大运动商(GM)、精细运动商(FM)、总运动商(TM)无显著差异($P>0.05$),6 个月后两组运动能力虽然都有所提高,但干预组的 GM、FM、TM 均大于对照组,差异有显著性($P<0.05$)。结论:PDMS—2 及配套运动训练方案对运动发育落后患儿有明显改善作用,适合于基层医院儿童保健工作。

关键词:Peabody 运动发育量表;运动训练方案;运动发育落后儿童保健

中图分类号:R179

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.05.063

运动发育评估是儿童发育评估的内容之一,目前的评估方法主要是盖泽尔、儿心量表等。这些量表主要是针对健康儿童整体发育的全面评估,其中有运动部份的评估,但稍显粗略。运动发育落后患儿采用这类量表评估不够全面细致,因此需要一套专门为这类患儿而设的评估量表,Peabody 运动发育量表-2(PDMS-2)就应运而生。该量表由 6 个亚测验组成,测试结果以发育商表示,分别为粗大运动发育商、精细运动发育商和总运动发育商,该量表还配套有运动训练方案,根据测试结果可确定患儿的训练目标和训练方案,经济实用。运动发育落后患儿的运动促进是儿童保健工作的重要内容,本研究旨在探讨 Peabody 运动发育量表与配套运动训练方案对这类患儿的应用价值。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 上述 64 例患儿均无明显肌张力异常和姿势异常,其中男 33 例,女 31 例,年龄 3~36 个月,经 PDMS-2 检查单纯大运动发育落后 37 例,单纯精细运动发育落后干预组 30 例和对照组 34 例,整体运动发育落后 13 例。将 64 例患儿随机分为干预组 30 例和对照组 34 例,两组儿童年龄、性别、孕周、父母文化水平等均无显著差异。

1.2 方法 由受过专业培训的医师进行 PDMS-2 评估,评估环境安静、独立,能促使患儿自由发挥出日常运动水平。按该量表测试要求,<2 岁的早产儿均采用纠正年龄,两组患儿在干预前后分别评估一次。评估结果最终以发育商表示,分别为 GMQ、FMQ、TMQ,商值 35~69 分为非常差、70~79 分为差、80~89 分为偏下、90~110 分为中等、111~120 分为中上、121~130 分为优秀。对发育水平偏下或偏下以下进行干预。

根据首次评估结果对干预组制定相应的

PDMS-2 训练方案,训练方案中的训练项目与测试项目呈对应关系,每个训练项目都包含了 5 种训练方法,训练者可根据小儿的特点选择适当的方法,每周三次在医院进行规范化训练,30 min/次,其余时间则指导在家进行日常训练,6 个月为 1 个疗程。

1.3 统计学处理 采用 SPSS14.0 统计软件进行分析,数据均以($\bar{X} \pm S$)的形式表示,采用 χ^2 检验以及 t 检验对有关差异进行比较, $P<0.05$ 为差异显著,具有统计学意义。

2 结果

干预前,对照组患儿 GM 均值为(71.3 ± 11.6),FM 均值为(73.5 ± 8.2),TM 均值为(71.8 ± 11.5);干预组患儿 GM 均值为(70.5 ± 10.9),FM 均值为(75.8 ± 10.3),TM 均值为(73.4 ± 9.6),两组之间差异无显著性($P>0.05$)。见表 1。

表 1 干预前两组患儿 GM、FM、TM 结果比较 ($\bar{X} \pm S$)				
组别	n	GM	FM	TM
对照组	34	71.3± 11.6	73.5± 8.2	71.8± 11.5
干预组	30	70.5± 10.9	75.8± 10.3	73.4± 9.6
t		0.32	0.35	0.38
P		>0.05	>0.05	>0.05

6 个月后再次评估 两组患儿的粗大运动能力、精细运动能力均有所提高,但干预组提高明显,且 GM、FM、TM 均显著大于对照组($P<0.05$)。见表 2。

表 2 干预后两组患儿 GM、FM、TM 结果比较 ($\bar{X} \pm S$)				
组别	n	GM	FM	TM
对照组	34	74.9± 12.4	75.2± 10.8	74.8± 9.5
干预组	30	90.2± 10.2	87.5± 9.3	88.6± 11.7
t		2.891	2.57	2.69
P		<0.01	<0.05	<0.01

3 讨论

儿童的运动发育是一连续过程,运动发育落后是随着年龄增大而逐步表现出来的,如何判断是否运动发育落后,可观察婴幼儿发育是否达到运动发育的里程碑;可根据家长的陈述和医生的临床判

小儿病毒性心肌炎的心电图改变分析

赵远容

(贵州航天医院 遵义 563003)

摘要:目的:分析小儿病毒性心肌炎的心电图特点,为临床诊断及预后提供理论依据。方法:对我院 2011 年 1 月~2012 年 12 月间符合病毒性心肌炎的小儿患者 98 例临床资料进行回顾性分析并总结。结果:98 例病毒性心肌炎患儿,心电图异常率与超声心动图、胸片检查、心肌酶异常率比较,异常率明显升高,差异均具有统计学意义($P<0.05$)。异常心电图患儿中,以室性早搏、房性早搏、窦性心动过速、房室传导阻滞最常见,其次是 ST-T 改变、QBS 低电压、Q-T 间期延长。结论:心电图改变对临床准确诊断、有效治疗及预后效果评价具有重要指导意义。

关键词:病毒性心肌炎;心电图;分析

中图分类号:R 725.4

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.05.064

病毒性心肌炎(virus myocarditis, VMS)是儿科常见心血管系统疾病,指病毒侵犯心脏,进而发生心肌间质性炎症、心肌纤维变性、心肌坏死性病变,多呈弥漫性或局灶性^[1]。病毒性心肌炎的发病机制复杂,大多数学者认为,与病毒侵染机体产生免疫反应有关,其病理变化涉及心肌间质、心肌、心脏传导、起搏系统等。文献报道,80%以上的小儿病毒性心肌炎患者会发生心电图改变。1999 年昆明会议制定病毒性心肌炎诊断标准中,明确将心电图纳入诊断依据之一,因此目前心电图指标已被公认是心肌炎诊断指标之一^[2]。病毒性心肌炎心电图非特异性,临床诊断需全面分析,综合判断。笔者通过对 98 例小儿病毒性心肌炎患者心电图改变情况分析、总

结,为临床诊断及预后提供依据,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择我院 2011 年 1 月~2012 年 12 月确诊为病毒性心肌炎的患儿 98 例为研究对象,男 60 例,女 38 例;年龄 1~13 岁,平均 6.5 岁;病程 4~45 d,平均 12.3 d。排除风湿性心脏病及其他可能影响心电图的疾病。患者发病前 1~3 周均伴有不同程度的发热、心悸、胸闷、心前不适等症状。所有患儿均符合病毒性心肌炎的临床诊断标准,均经询问病史、体格检查、胸片检查、超声心动图、心电图和实验室检查后确诊。

1.2 方法 所有患儿采用心电图检测仪进行心电图检测,常规测量,准确记录 12 个导联。采用心脏

断,但易使患者漏诊^[3];通过各种筛查的诊断量表判断,但现在大部分量表都是针对健康儿童而设的,虽包含了运动部份评估,但欠全面细致。专门的运动评估量表在国内应用较少,且我国现越来越重视儿童发育干预工作,急需一套正规而完整的运动发育评估量表。Peabody 运动发育量表-2 满足以上要求,该量表由美国发育评估与干预治疗专家制定,它的普及推广有助于国内儿童运动发育干预的研究与发展^[4]。

Peabody 运动发育量表-2 是一个同时具有定量和定性功能的评估量表^[5],它由粗大运动及精细运动两大部份组成,两部份共分 6 个亚测验,包括反射、姿势、移动、实物操作、抓握和视觉-运动整合等,前四项属粗大运动,后两项属精细运动,共 249 项,测试结果最终以发育商表示,分别为粗大运动发育商、精细运动发育商和总运动发育商。该量表可同时适用于运动发育迟缓的评价、脑瘫的运动功能评价、运动康复的评价。此外,配套的运动训练方案详尽而具体,与测试项目又一一一对,充分体现了以家庭和患儿为中心的康复理念。该套方案具有很高的专业水准,易学易用,不仅适用于儿童发育

干预的临床研究,也适合在基层作为适宜技术推广^[6]。

我科使用该套量表对可疑运动发育落后的患儿进行测评,对其中发育差或者中等偏下的患儿及早进行干预,采用训练方案里的方法进行训练,收效良好,1 个疗程结束后,干预组的运动技能明显比对照组提高快。对照组虽然也有所提高,但患儿的运动技能只是按照原有的发展水平向前发展,如不进行干预,也许难有大幅度的提高,因此对运动发育落后的孩子进行有针对性的强化训练是非常有必要的,这结果也与李海霞等人的研究结果类似^[6]。

综上所述,PDMS-2 简单实用,投入小,收效大,适合在基层医院使用,值得大力推广。

参考文献

[1]刘振寰,戴淑凤.儿童运动发育迟缓康复训练图谱[M].第 2 版.北京:医科大学出版社,2010.2-12
[2]李明,黄真.主译.Peabody 运动发育量表[M].第 2 版.北京大学医学出版社,2006.11-14
[3]王素娟,李惠,杨红,等.Peabody 运动发育量表[J].中国康复理论与实践,2006,12(2):181-182
[4]李海霞,郝青英.Peabody 运动发育量表及配套运动训练方案在运动发育落后患儿中的应用 [J]. 中国优生与遗传杂志,2008,16(3): 98-100

(收稿日期:2013-05-29)