

解。观察组低血压发生率 2.4%、恶心呕吐发生率 2.4% 分别显著低于对照组的 14.6%、17.1% ($P<0.05$), 其余不良反应无显著差异 ($P>0.05$)。见表 3。

表 3 两组不良反应比较(例)

组别	n	低血压	瘙痒	尿潴留	恶心呕吐
观察组	41	1	1	0	1
对照组	41	6	2	1	7

3 讨论

产痛对产妇身心以及产妇对分娩方式的选择具有重要影响。由于惧怕产痛不少产妇在分娩时选择剖宫产, 而手术分娩对产妇创伤、术后恢复影响较大^[6-7]。分娩镇痛旨在消除或者减轻产妇分娩时躯体痛苦, 提高产妇自然分娩率^[8]。纵艳丽^[9]为 54 例产妇应用腰 - 硬联合麻醉镇痛, 显示镇痛效果良好, 循环呼吸抑制以及术后头痛发生几率低, 患者满意度可达 95.6%。童树元等^[10-11]认为, 腰 - 硬联合麻醉优势在于先行蛛网膜下腔阻滞, 而后进行硬膜外腔辅助给药, 有助于缩短麻醉起效时间, 减少麻醉剂用量, 相应术后麻醉并发症几率也有效降低。

本研究以常规持续硬膜外麻醉为对照, 研究分析腰 - 硬联合麻醉在分娩镇痛中的镇痛效果。结果显示, 两组产妇 VAS 评分、各产程时间比较, 无统计学差异 ($P>0.05$); 观察组麻醉起效时间、罗哌卡因用量均优于对照组, 差异显著 ($P<0.05$), 提示腰 - 硬联合麻醉效果良好, 起效迅速, 麻醉剂用量更少。观察组低血压以及恶心呕吐发生率均低于对照组 ($P<0.05$), 其余不良反应比较无显著差异 ($P>0.05$), 表明腰 - 硬联合麻醉应用于分娩镇痛安全可

靠, 与詹丽春等^[12]报道结论基本一致。笔者认为, 腰 - 硬联合麻醉在实现良好分娩镇痛效果的同时, 联合麻醉技术一定程度上也增加了操作复杂性、困难性, 在实际麻醉操作过程中应更加审慎。综上所述, 应用腰 - 硬联合麻醉分娩镇痛安全可行, 起效时间快, 麻醉剂用量少, 有助于降低麻醉并发症。

参考文献

[1]梁锐枝,朱怀郡,梁剑江,等.罗哌卡因复合舒芬太尼应用于腰麻 - 硬膜外联合阻滞麻醉在分娩镇痛中的应用效果 [J]. 中国医药科学, 2016,6(12):104-107

[2]郑紫磊,唐润林,孔长青.舒芬太尼复合罗哌卡因用于硬膜外术后镇痛的研究进展[J].河北医科大学学报,2014,35(2):246-248

[3]程雯.罗哌卡因复合瑞芬太尼硬膜外麻醉对产妇分娩的影响[J].海南医学院学报,2016,22(8):771-773

[4]马宝杰,任玮玮.腰麻 - 硬膜外联合麻醉在双胎剖宫产术中的临床应用[J].中国当代医药,2015,22(30):68-70

[5]刘明华.腰麻 - 硬膜外联合阻滞麻醉在分娩镇痛中的应用效果[J].按摩与康复医学,2014,5(11):102-103

[6]万功才,鲁慧静.腰麻联合硬膜外麻醉用于分娩镇痛的效果观察[J].当代临床医刊,2016,29(3):2237

[7]严超,刘丽萍.腰硬联合麻醉在产科手术应用的临床疗效与安全性评估[J].中国妇幼保健研究,2015,26(4):889-890

[8]王从芹.腰麻硬膜外联合麻醉在妇产科手术中的应用[J].世界最新医学信息文摘,2013,13(16):129

[9]纵艳丽.腰麻硬膜外联合麻醉用于分娩镇痛 54 例临床分析[J].中外医学研究,2013,11(24):194-195

[10]童树元,官国锋,贺晓红,等.腰麻硬膜外联合麻醉用于分娩镇痛临床分析[J].当代医学,2014,20(20):98-99

[11]孟颖.腰麻及硬膜外麻醉联合应用于产科分娩镇痛的临床观察[J].药物与人,2014,27(12):151

[12]詹丽春,李建国,季称心,等.不同剂量舒芬太尼复合罗哌卡因腰麻联合硬膜外自控镇痛用于分娩镇痛的效果 [J]. 临床麻醉学杂志, 2013,29(3):295-296

(收稿日期: 2017-04-16)

儿童认知评测系统信度的检测

周萍¹ 陈卓铭^{2#}

(1 广东省广州市番禺区何贤纪念医院 广州 510000;2 暨南大学附属第一临床医学院 广东广州 510000)

摘要:目的:对儿童认知评测系统 ZM3.1-Y 诊治仪信度进行临床评估。方法:使用 ZM3.1-Y 系统,由不同评估者、不同时段对正常及病例组儿童进行认知能力评估,考察系统的评分信度及复测信度。结果:不同评分者及不同时段评估正常及病例组儿童的结果相关性高。结论:儿童认知评测系统 ZM3.1-Y 诊治仪有较好的信度,评估结果可信。

关键词:儿童认知;诊治仪 ZM3.1-Y;信度

中图分类号:R729

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.05.089

认知心理学对于认知心理过程的划分是认知功能评测的方向。目前使用计算机辅助评估认知能力在临床上已普遍应用。但由于文化差异,国外计算机化的认知功能评测方法并不能直接用于我国。暨

南大学陈卓铭教授等人研发的儿童认知评测系统 ZM3.1-Y 诊治仪,基于临床常用单项评估量表及综合评估量表结构,设计出儿童计算机评测系统。本研究通过临床试验,检测该系统的信度和效度。现报道

通讯作者:陈卓铭,E-mail:734143177@qq.com

如下:

1 研究对象与方法

1.1 研究对象 正常组儿童来源于暨南大学附属幼儿园,50 例; 病例组儿童来自花都妇幼保健院儿童康复科门诊,50 例。两组儿童年龄均在 4~6 岁,均得到监护人知情同意。

1.2 研究方法 儿童认知障碍诊治仪 ZM3.1-Y,硬件由江苏钱璟公司提供,软件由江苏钱璟三好计算机有限公司提供。由不同评估者、不同时段对正常及病例组儿童进行认知能力评估;间隔一周时间,由同一名治疗师对同一组儿童进行认知障碍诊治仪 ZM3.1-Y 评估,比较两次评估结果的相关性。

1.3 统计学方法 使用 SPSS16.0 统计软件对数据进行分析。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 *t* 检验,并进行相关性分析及秩和检验,*P*<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 重测信度 同一组儿童重测信度好,正常组儿童相关系数 *r* 为 0.648~0.990,病例组儿童相关系数 *r* 为 0.791~0.984。见表 1 和表 2。结果显示,儿童认知障碍诊治仪 ZM3.1-Y 具有较好的重测信度。

表 1 正常组儿童各功能亚项前后两次评估结果的相关性(分, $\bar{x} \pm s$)						
功能亚项	第一次评估	第二次评估	<i>r</i>	<i>P</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
感知能力	91.21± 17.66	92.96± 14.53	0.990	0.000	1.640	0.100
注意力	105.97± 1.25	112.69± 4.25	0.784	0.000	1.100	0.271
听理解	108.45± 15.68	99.93± 14.07	0.934	0.000	1.332	0.183
记忆	104.32± 17.43	109.93± 17.82	0.793	0.000	1.276	0.202
数的能力	103.45± 15.03	91.11± 13.87	0.959	0.000	1.265	1.265
思维想象	103.68± 9.50	106.16± 8.95	0.896	0.000	0.494	0.621
表达	98.47± 10.79	103.20± 9.91	0.648	0.000	0.983	0.326
总分	102.36± 15.39	104.77± 10.30	0.810	0.000	0.785	0.433

表 2 病例组儿童各功能亚项前后两次评估结果的相关性(分, $\bar{x} \pm s$)						
功能亚项	第一次评估	第二次评估	<i>r</i>	<i>P</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
感知能力	72.96± 26.61	75.65± 26.87	0.955	0.000	0.948	0.343
注意力	63.30± 15.79	67.13± 17.48	0.883	0.000	1.214	0.225
听理解	66.52± 20.58	70.00± 21.52	0.911	0.000	0.944	0.345
记忆	52.17± 12.34	52.70± 13.73	0.791	0.000	0.135	0.893
数的能力	70.78± 23.48	72.09± 21.78	0.984	0.000	0.962	0.336
思维想象	70.00± 22.11	72.26± 23.37	0.972	0.000	1.604	0.109
表达	50.39± 27.57	56.54± 25.54	0.930	0.000	1.910	0.056
总分	65.37± 17.48	67.79± 20.35	0.856	0.000	1.287	0.198

2.2 评分者信度 不同评估者前后两次评估结果存在相关性,*r* 分别为 0.671~0.983 和 0.693~0.986。见表 3 和表 4。

表 3 不同评估者前后两次评估正常组儿童结果比较(分, $\bar{x} \pm s$)				
功能亚项	第一次评估	第二次评估	<i>r</i>	<i>P</i>
感知能力	92.71± 13.36	93.82± 12.08	0.983	0.000
注意力	91.53± 13.31	95.76± 16.98	0.876	0.000
听理解	90.06± 16.03	93.41± 14.05	0.916	0.000
记忆	95.53± 17.31	92.00± 18.55	0.937	0.000
数的能力	101.76± 14.52	100.71± 13.69	0.944	0.000
思维想象	92.24± 8.60	93.76± 7.87	0.828	0.000
表达	98.82± 6.80	92.59± 10.49	0.671	0.003
总分	98.69± 7.90	97.35± 13.27	0.881	0.000

表 4 不同评估者前后两次评估病例组儿童结果比较(分, $\bar{x} \pm s$)				
功能亚项	第一次评估	第二次评估	<i>r</i>	<i>P</i>
感知能力	71.88± 28.21	74.24± 28.50	0.944	0.000
注意力	61.53± 13.31	65.76± 16.98	0.836	0.000
听理解	65.76± 20.20	70.00± 20.90	0.877	0.000
记忆	54.71± 10.79	55.18± 13.36	0.693	0.000
数的能力	70.59± 23.76	72.82± 21.82	0.986	0.000
思维想象	71.88± 23.34	74.94± 24.84	0.975	0.000
表达	68.54± 13.23	65.24± 10.25	0.849	0.003
总分	66.98± 15.98	68.45± 15.98	0.790	0.000

3 讨论

由研究数据可知,儿童认知评测系统 ZM3.1-Y 诊治仪具有较好的重测信度及评分者信度,系统较为稳定,便于推广,为更多人使用。

根据国内外相关使用经验^[1-8],计算机化认知功能评估的优越性表现为:(1)计算机化的认知功能评估客观性强,且指导语统一,评估方法简单易学,受被培训人员能力影响较小,容易实现标准化,减小了评估人员不同造成的误差。(2)计算机化评估系统可设计较为生动有趣的评估界面,使患者易于接受,提高患者在评估过程中的依从性,能够更好的评估出被评估者的真实能力。(3)系统可自动计算评估时间,并测出反应时长,即被测者的反应时间。(4)计算机化认知能力评估所得到的结果均存储在数据库中,即时计算出评估结果并打印,个人信息和评估结果计算机化,方便携带和保存。

参考文献

[1]田宝,张扬,邱卓英.两次全国残疾人抽样调查主要数据的比较与分析[J].中国特殊教育,2007,14(8):54-56

[2]Tombaugh TN,Ress L,Storner P,et al.The Effects of Mild and Severe Traumatic Brain Injury on Speed of Information Processing as Measured by the Computerized Tests of Information Processing (CTIP)[J].Archives of Clinical Neuropsychology,2007,22(1):25-36

[3]李秀莲,王志纲,张宪武,等.计算机多相个性测量诊断系统在药物滥用者中的应用研究[J].中国药物依赖性杂志,1995,4(4):236-239

[4]Tam SF,Man WK.Evaluating computer-assisted memory retraining programmes for people with post-head injury amnesia [J].Brain Injury,2004,18(5):461-470

[5]Schat Z,Browndyke J.Applications of computer-based neuropsychological assessment [J].Journal of Head Trauma Rehabilitation,2002,17(5):395- 410

[6]窦祖林,Man DWK,朱洪翔,等.脑外伤后认知障碍社区康复的可行性研究[J].中国康复医学杂志,2003,18(5):266-268

[7]李文迅,尤春景,许涛,等.记忆训练软件的设计及临床初步应用[J].中华物理医学与康复杂志,2004,26(2):106-108

[8]Wild K,Howieson D,Webbe F,et al.The status of computerized cognitive testing in aging:A systematic review [J].Alzheimers & Dementia,2008,4(6):428-437

(收稿日期: 2017-04-17)