

病毒性脑炎患儿运动功能障碍的早期康复护理

程笑芳

(郑州大学附属儿童医院 河南郑州 450018)

摘要:目的:分析对伴有运动功能障碍的病毒性脑炎患儿采用早期康复护理的价值。方法:选取 2018 年 4 月~2019 年 4 月收治的 84 例病毒性脑炎患儿作为研究对象,采取随机数字表法分为常规组和实验组,每组 42 例。常规组予以基础护理干预,实验组予以基础护理联合早期康复护理干预。对比两组治疗总有效率及 Fugl-Meyer 运动功能评定表得分。结果:实验组治疗总有效率高
于常规组,差异有统计学意义($P<0.05$);干预后,实验组 Fugl-Meyer 运动功能评定表得分高于常规组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:对于因病毒性脑炎发生运动功能障碍的患儿实施早期康复护理可有效提高治疗效果,提升其肢体运动功能。

关键词:病毒性脑炎;早期康复护理;基础护理

中图分类号:R473.72

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2020.06.085

病毒性脑炎主要是由于病毒损伤脑实质而引起的脑部炎症,患者可伴有偏瘫、四肢瘫痪及视力减退等临床表现^[1]。病毒性脑炎发病人群主要为儿童,由于该病会对中枢神经系统产生损害,致残率普遍较高,对患儿智力及生活质量产生严重影响^[2]。有关病毒性脑炎早期治疗的临床研究较多,但在康复护理方面的研究不足,因此,临床仅注重对该病的治疗,但对其早期康复护理重视不足,易导致患儿出现严重的后遗症。本研究对 42 例病毒性脑炎患儿采取早期康复护理,效果显著。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2018 年 4 月~2019 年 4 月收治的 84 例病毒性脑炎患儿作为研究对象,采取随机数字表法分为常规组和实验组,每组 42 例。常规组男 15 例,女 27 例;平均年龄(5.29 ± 2.61)岁;障碍部位左侧 17 例,右侧 18 例,四肢 7 例。实验组男 13 例,女 29 例;平均年龄(5.34 ± 2.66)岁;障碍部位左侧 16 例,右侧 19 例,四肢 7 例。两组患者的一般资料相比较,差异无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 入组标准 (1)纳入标准:临床诊断符合病毒性脑炎诊断标准;急性或亚急性发病,并伴有发热症状;存在脑实质损害表现和体征;脑脊液检查为非化脓性炎症改变;病毒病因学检查,检测脑脊液病毒特异性抗体;脑电图检查可协助诊断;与其他疾病进行鉴别诊断,如流行性腮腺炎病毒脑炎、巨细胞病毒脑炎、EB (Epstein-Barr) 病毒脑炎、带状疱疹脑炎、进行性风疹脑炎等)^[3];发病时间均在 2 d 以内;患儿家长对本次研究知情同意,主动要求参加研究。(2)排除标准:经临床诊断不符合病毒性脑炎诊断标准;发病时间超过 2 d;患儿家长拒绝参加本研究。

1.3 护理方法

1.3.1 常规组 予以基础治疗及常规护理。基础治疗包括电刺激治疗、运动功能锻炼及针灸等,常规护

理包括生活护理、饮食指导等,当疾病发作期结束后开始康复护理。持续干预 3 个月。

1.3.2 实验组 予以基础治疗、常规护理联合早期康复护理干预。护理人员在患儿脑损伤急性期即开始早期康复护理干预,内容包括:(1)常规护理措施:温馨、舒适的病室环境有利于急性期患儿疾病恢复,病室内需保持安静,减少噪音干扰。定时开窗通风,保持病室内空气流通,将病室内温度控制在 20~22℃。由于急性期患儿多伴有运动功能障碍,需长时间卧床休息,护理人员需严密观察有无压疮、坠积性肺炎、深静脉血栓及泌尿系统感染情况发生。若患儿意识丧失或不能经口进食,需采用鼻饲法进行胃肠内营养支持,可予以维生素、蛋白质及热量丰富的食物,保障患儿机体有充足的能量,鼻饲量可由开始的少量逐渐过渡至合适用量。在患儿下肢处放置支被架,防止下肢受到压迫。每日为其进行清洁护理,使用温水清洁皮肤,当患儿纸尿裤潮湿时,需用温水清洗后更换。每日为患儿进行肢体按摩,促进其机体血液循环,动作需轻柔、规律,避免对其皮肤造成损伤。对于意识丧失的患儿需每间隔 2 小时翻身 1 次,避免出现压疮。(2)康复护理干预:评估患儿障碍肢体是否存在失用性挛缩倾向,对于有挛缩倾向的急性期患儿需每日进行 2 次肢体被动功能训练,其中上肢训练步骤为肩关节、肘关节、腕关节、指关节,下肢训练步骤为髋关节、膝关节、踝关节,在肢体被动训练过程中需严格按照步骤实施,首次幅度可较小,伴随训练时间的延长逐渐增大训练量。当患儿入睡后,可将其姿势调整为抗痉挛体位,纠正其不良姿势,预防痉挛的出现。当患儿痉挛发作时,不可强制纠正其姿势,避免对其骨骼造成损伤,可在患儿掌中放置 1 个软包,并且对其肢体进行按摩,帮助其放松肢体,对于意识清晰的患儿可鼓励其进行主动训练,促进肢体功能的恢复。(3)心理护理干预:当病毒性脑炎

急性发作时,患儿家长由于对疾病认知的不足,加之对疾病预后的担忧,往往会出现焦虑、紧张等不良情绪,会严重影响患儿心情,阻碍疾病治疗,护理人员需向患儿家长介绍疾病有关知识,并教授其常规护理方式,如肢体按摩、体位摆放等,嘱患儿家长在生活中采取积极的康复护理措施,使患儿持续进行康复训练。持续干预 3 个月。

1.4 观察指标 (1)采用康复医学科肌张力评定表对两组患儿肌张力进行评估。患儿肌张力无改变为 0 级,分值为 0 分;患儿肌张力存在轻微上升,受损部位在实施被动训练时,于活动范围末期出现较小抵抗力为 1 级,分值为 1 分;患儿肌张力存在轻微上升,一半的活动范围内会出现卡顿,另一半的活动范围内会出现较小抵抗力为 1+ 级,分值为 2 分;患儿肌张力有明显上升,大部分肌肉张力均出现上升,但损伤部位可轻易进行被动运动为 2 级,分值为 3 分;患儿肌张力显著提升,无法进行被动训练为 3 级,分值为 4 分;患儿肌肉出现挛缩,损伤部位被动训练时由于肌肉挛缩而无法活动,分值为 5 分^[4]。肌张力提升至正常或提升≥2 级为优异;肌张力<2 级为一般;肌张力无改变为差^[5]。将一般、优异归为总有效。(2)分别于干预前后使用 Fugl-Meyer 运动功能评定表(FMA)对两组患儿运动功能进行评估,得分越高,患儿肢体运动功能越好^[6]。

1.5 统计学处理 数据处理采用 SPSS18.0 统计学软件,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,行 *t* 检验,计数资料以%表示,行 χ^2 检验。*P*<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗效果比较 常规组总有效率低于实验组,差异有统计学意义(*P*<0.05)。见表 1。

表 1 两组治疗效果比较					
组别	<i>n</i>	优异(例)	一般(例)	差(例)	总有效[例(%)]
常规组	42	5	29	8	34(80.95)
实验组	42	30	11	1	41(97.62)
χ^2					14.523
<i>P</i>					0.000

2.2 两组干预前后 FMA 得分比较 干预前,两组 FMA 得分相比较,差异无统计学意义(*P*>0.05);干预后,常规组 FMA 得分低于实验组,差异有统计学意义(*P*<0.05);并且两组干预后的 FMA 得分均较治疗前升高,差异有统计学意义(*P*<0.05)。见表 2。

表 2 两组干预前后 FMA 得分比较(分, $\bar{x} \pm s$)					
组别	<i>n</i>	干预前	干预后	<i>t</i>	<i>P</i>
常规组	42	46.98± 13.08	53.27± 12.21	2.278	0.025
实验组	42	47.09± 13.19	76.56± 12.25	10.610	0.000
<i>t</i>		0.038	8.727		
<i>P</i>		0.969	0.000		

3 讨论

由于病毒性脑炎会对患儿中枢神经系统产生严重损伤,在何时对其脑部组织功能进行训练恢复成为了临床研究的重点。病毒性脑炎早期临床表现主要包括水肿、充血及脑组织软化等,若未得到及时的治疗,则会出现脑组织缺血、缺氧表现,使中枢神经细胞坏死,出现一系列神经症状。有研究表明,当病毒性脑炎患儿各项生命体征平稳后,若其神经症状不再出现恶化后 48 h 可进行早期康复运动,以促进机体正常功能恢复,减少后遗症^[7]。

大部分病毒性脑炎患儿会出现运动功能障碍,在疾病早期,异常的运动方式还未完全固定,关节畸形情况依然可以纠正,并且脑部组织有较强的代偿功能,因此,实施早期康复护理具有一定的可行性。通过对损伤的运动神经进行刺激,可促进其恢复正常功能,重新建立反射系统,加之护理人员对其进行合理的被动运动,为其机体输入正确的运动信息,可减少康复时间^[8]。本研究中,实验组治疗有效率和 FMA 得分均高于常规组(*P*<0.05)。实施早期康复护理,可及时纠正患儿错误姿势,培养其建立正确的运动模式,但在康复护理中需要注意动作轻柔、循序渐进,同时护理人员需教授患儿家长护理方法,保障患儿可持续获得康复护理干预,促进其肢体正常功能恢复。

综上所述,对病毒性脑炎运动功能异常患儿采取早期康复护理干预可有效提升其治疗效果,促进其肢体运动功能恢复,提升患儿生活质量。

参考文献

[1]尉娜,王建平,王家勤,等.病毒性脑炎患儿脑脊液水通道蛋白 4、基质金属蛋白酶-9 及神经元特异性烯醇化酶水平变化[J].中华实用儿科临床杂志,2016,31(5):388-389

[2]崔伟丽,马彩云,尚清,等.康复治疗及康复介入时机对重症病毒性脑炎并植物状态患儿脑电生理及认知预后的影响[J].中华实用儿科临床杂志,2017,32(18):1433-1435

[3]杨志晓,陈国洪,王媛.影响小儿重症病毒性脑炎预后的相关危险因素分析[J].中国实用神经疾病杂志,2016,19(4):61-63

[4]罗伟,刘春雷,王军英,等.针刺、神经肌肉电刺激联合冷刺激对小儿病毒性脑炎后吞咽障碍的影响[J].中华物理医学与康复杂志,2018,40(6):431-435

[5]胡文静,杨理明,廖红梅,等.小儿重症病毒性脑炎临床特点、预后及其相关因素分析[J].中国感染控制杂志,2018,17(3):241-246

[6]齐红阳,徐建华.护理干预对小儿重症病毒性脑炎合并心肌炎的应用效果分析[J].中国医科大学学报,2018,47(1):85-87

[7]邱荷岚.早期康复护理模式对重症病毒性脑炎患儿肢体功能能力、吞咽障碍及生活质量的影响[J].中国医学创新,2019,16(10):81-84

[8]陈琳.病毒性脑炎患儿实施早期康复护理对运动功能恢复和纠正肢体痉挛的作用[J].上海护理,2018,18(12):75-77

(收稿日期: 2019-10-19)