·短篇论著·

保健与康复相结合模式在高危脑瘫儿早期干预中的应用

李介民[1] 毛定安[1] 刘继红[1] 罗雪梅[1] 翁雪华[1]

1 资料与方法

1.1 一般资料

2002年5月—2005年9月在我科行常规儿童保健、高危儿监测过程中诊断为脑瘫(cerebral palsy, CP)的患儿78例作为监测组,其中男48例,女30例;以传统方法抚育、未行正规发育监测,来就诊时明确为脑瘫的患儿493例作为对照组,其中男310例,女183例。CP诊断符合1989年全国CP座谈会议标准[1]。

1.2 方法

1.2.1 监测:对有围产期脑损伤高危因素、生后1个月左右新生儿20项行为神经测定[2]分数≤35分、体检有神经系统发育异常的婴儿均列入"高危儿监测"管理范围,叮嘱家长每月就诊1次。监测项目有:发育史、姿势、运动模式、肌张力、肌力、神经反射、Vojta姿势反射、CDCC(children's development center in China)婴幼儿智能发育量表[3]测智力发育指数(mental developmental index,MDI)与心理运动发育指数(psycho-motor developmental index,PDI)等;选择性行头颅CT或MRI、脑电图、肌电图、TORCH、血氨、乳酸、甲状腺功能等辅助检查,排除进行性疾病。

1.2.2 一般性干预措施:婴儿抚触、婴儿操指导、功能训练指导,科学育儿宣教等。

1.2.3 康复训练:根据患儿运动模式、肌张力、肌力等情况,选择性采用Vojta法、Bobath法、上田法、穴位按摩等康复技术;对于肌张力高的患儿,一般先用上田法,如下肢肌挛缩者,先用颈部法、下肢法缓解肌张力,再配合反射性翻身或反射性俯爬、肌力训练等;并依患儿的病情和顺应性采取以医院康复为主,强化训练,训练时间和强度以不影响患儿进食、睡眠、体重增长能达正常范围为宜;指导家长,以家长训练为主,每月来医院康复训练1周左右,家庭康复与医院康复相结合等方式进行干预[4-7]。半个月至1个月评估1次,根据患儿对治疗的反应适时调整训练方案,1个月为1疗程。

1.2.4 其他治疗:药物、导频、小脑循环功能治疗、针灸、高压氧治疗等。

1.3 疗效标准

正常化:CDCC婴幼儿智能发育量表检测PDI≥70(70为临界状态),异常原始反射消失,肌张力、姿势基本正常。

1.4 统计学分析

率的差异比较采用χ^2检验。

2 结果

2.1 CP早期诊断率

两组患儿CP诊断时的年龄分布见表1。≤9个月龄CP诊断率,监测组为78%(61/78),对照组为17%(82/493),两者比较差异有显著性意义(χ^2=136,P<0.05),且监测组患儿均在1岁内明确诊断。

2.2 康复效果

表1 两组CP儿诊断时年龄分布

组别	例数	年龄≤6个月		9个月≥年龄>6个月		1岁≥年龄>9个月		2岁≥年龄>1岁		>2岁	
		例	%	例	%	例	%	例	%	例	%
监测组	78	23	29	38	49	17	22	0	0	0	0
对照组	493	18	4	64	13	101	21	143	28	167	34

将在我院行康复综合治疗的时间累计≥2个月、结合家庭康复训练总疗程≥6个月的两组CP患儿比较正常化率。监测组57例(57/78),其中男38例(67%)、女19例(33%);对照组83例(83/493),男60例(72%)、女23例(28%)。疗效统计时月龄:监测组13.40±4.30个月,对照组20.25±9.85个月。两组CP患儿正常化率比较,监测组49%(28/57),对照组17%(14/83),差异有显著性意义(χ^2=16.7,P<0.05)。

3 讨论

我院儿童保健康复专科,开展了"胎、婴幼儿保健一条龙"医疗服务。儿保医生参与产科孕妇学校的讲课、新生儿保健,由产科病房发放《新生儿保健科普知识》、《新生儿出院须知》,使其出院后较顺利地转诊儿童保健康复门诊;对入住新生儿专科的患儿,嘱出院后定期到儿童保健康复专科检查;并通过赠送自编的《关注健康 保护儿童》科普手册,让家长理解儿童保健的重要性;定期举办"科学育儿系列讲座",实施跟踪监测。

上述一般性干预措施用于脑损伤高危儿及常规保健儿童;CP患儿则在此基础上实施医院综合康复治疗与家庭康复训练相结合。由于监测组多为我院产科、新生儿专科出院的婴儿,发现早、干预早、进行康复早、疗效也较好,正常化率较高;对照组多源于基层医院或家长自觉有异常、早期被误诊的患儿,来就诊时年龄多≥2岁、临床表现较重、治疗开始晚、疗效较差,正常化率低。

皮肤是人体最大的感觉器官,通过抚触可刺激婴儿大脑的发育。婴儿抚触,在新生儿期就可进行;婴儿操,生后1个月开始做,有促进血液循环,增强肌肉、骨骼的发育,提高运动能力的作用。二者简易可行,是成本低、效益好的应用技

1 中南大学湘雅二医院儿科教研室,长沙市人民中路,410011
作者简介:李介民,女,副教授
收稿日期:2005-11-30

术,被列入保健和早期干预的基本项目中。做抚触和体操的过程,也是观察婴儿运动模式和运动能力的过程,有助于神经运动异常的早期发现。

儿童保健的过程,是评价、指导儿童生长发育的过程。用发育诊断方法,当发现有怀疑指标但尚不能确诊为CP时,先告知养育者以引起重视,并指导早期干预。有脑损伤或脑发育异常的患儿,早期即出现Vojta姿势反射异常,并可诊断为中枢性协调障碍(zentrale koordination storung[德],ZKS)[8]。对于ZKS的诊断与解释,家长较容易接受。这样既避免了加重养育者精神、物质负担,又不失治疗时机,降低了医疗风险。

过去认为脑瘫是不治之症,但近年来的研究表明如果能早期诊断、早期治疗,除极严重者外,可以治愈或正常化[9-10]。虽然神经细胞死亡后一般不能再生,但在大脑早期某些细胞的特殊功能可以改变,一些神经细胞能替代邻近受损细胞的功能,还能产生新的神经轴突、树突,使神经兴奋传递通路得以恢复。年龄越小,再构能力越强。婴儿期是大脑生长发育最快的时期,尤其是生后头半年内,可塑性最强,干预效果最好,可取得事半功倍的收获[11-15]。

儿童保健康复专科通过与产科、新生儿专科合作,开展科学育儿宣传等措施,既丰富了家长的育儿知识,增强了儿童保健意识,又保留和吸引了保健与康复病源,促进了专业的发展。我们顺应21世纪儿童保健发展的新趋势——由既往的预防接种、合理营养的"保"健型,进展到强体健身益智的全面型,建立了以评估为基础,在专业人员、儿童和家长之间形成"评估—指导—发展—评估"的一种个性化的、循环互动的、跟踪式的儿童发展模式,使儿童的每一步都能从他的现有水平出发,进而达到发展目标、过程的最优化[16];同时,保健与康复相结合,为CP患儿的早发现、早期诊断、早期干预创造了条件,有利于CP患儿的康复。

参考文献

[1] 林庆.全国小儿脑性瘫痪座谈会纪要[J].中华儿科杂志,1989,27(3):162.

[2] 鲍秀兰.塑造最佳的人生开端[M].第1版. 北京:中国商业出版社,2001.359—374.

[3] 范存仁.CDCC婴幼儿智力发育测验手册[M].第1版.北京:团结出版社,1988.

[4] 任世光.强化训练是小儿脑性瘫痪康复的重要原则[J]. 中国康复理论与实践,2005,11(9):778.

[5] 吴兆芳,姜琨.早期院内康复训练治疗小儿脑损伤综合征及瘫痪[J].中国康复理论与实践,2005,11(5):380.

[6] 李春香,冯雅凡,李树松.小儿脑瘫的家庭康复[J].中国康复理论与实践,2002,8(1):30.

[7] 麦坚凝.国内脑性瘫痪康复治疗的现状和展望[J].中华儿科杂志,2005,43(4):241.

[8] 李树春.小儿脑性瘫痪[M].第1版.郑州:河南科学技术出版社,2000.216—217.

[9] 李初阳.早期干预防治小儿脑性瘫痪的临床观察[J].中国康复医学杂志,2005,20(6):445.

[10] 胡莹媛.小儿脑性瘫痪的早期诊断和康复治疗问题[J].中国康复理论与实践,2005,11(9):777.

[11] 黄真.围产期脑损伤高危儿早期康复的临床观察[J].中国康复医学杂志,2005,20(6):426.

[12] Ogi S,Arisawa K,Takahashi T,et al.The development effects of an early intervention program for very low birth weight infants [J].No To Hattatsu,2001,33(1):31.

[13] 石坚,志纯,刘利辉,等.高危脑瘫婴幼儿早期康复的疗效与价值[J].中华物理医学与康复杂志,2002,24(8):462.

[14] 鲍秀兰.高危儿早期干预和脑瘫发生率的降低[J].中国康复医学杂志,2005,20(6):403.

[15] 黄真.脑性瘫痪的康复治疗[J].中华儿科杂志,2005,43(4):263.

[16] 程淮,籍孝诚.要重视中国0—3岁儿童发展与早期教育[J].中国儿童保健杂志,2002,9(1):1.

·短篇论著·

脑卒中神经功能缺损早期康复的效果分析

张翠香[1] 冯仲红[1]

1 资料与方法

1.1 病例选择及分组

病例选择条件: 全部病例为2002年7月—2005年7月在我科住院患者共120例,符合以下标准。①符合第四届全国脑血管病的诊断标准[1]。并经头颅CT或MRI确诊为脑梗死或脑出血者。②系第一次发病。③脑梗死发病后2—3d,脑出血发病后10—14d且病情稳定者。入选患者按随机抽样分为两组:康复组60例,男35例,女25例;年龄44—82岁,平均59岁;其中脑梗死50例,脑出血10例。对照组60例,男42例,女18例;年龄35—77岁,平均61岁;其中脑梗死51例,脑出血9例。两组各项配对因素(性别、年龄、偏瘫侧、病程、日常生活能力评分)对比,经统计学分析无显著差异,有可比性。

1.2 评价标准

①患肢运动功能评价:按改良式Fugl-Meyer评分法评定[2]。运动积分<50分为严重运动障碍。50—84分为明显运动功能

1 河南第一荣康医院脑血管科,新乡,453003

作者简介:张翠香, 女,学士,副主任医师

收稿日期:2005-12-28